55358

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

5e Série, t. XXII. OCTOBRE. — 1844. Encyclogr., t. 146.

A. Reproduction et Revue des Journaux étrangers.

I. PHYSIQUE, CHIMIE ET BOTANIQUE MÉDICALES.

1. *Mémoire sur le passage de quelques médicaments dans l'économie, et sur les modifications qu'ils y subissent;* par MM. Laveran et Millon (1).

(Annales de Physique et de Chimie, octobre 1844.)

La chimie a fourni à la matière médicale des principes actifs qui permettent d'établir avec certitude la nature et la dose des médicaments. Malgré ce nouveau point de départ, si bien fixé pour le plus grand nombre des substances usitées en médecine, on est encore arrêté souvent par l'inconstance des actions thérapeutiques. Il nous a semblé qu'il n'était pas sans intérêt d'observer encore le médicament après qu'il avait été livré au jeu capricieux des organes, d'en noter les transformations à sa sortie de l'économie, ainsi que les effets physiologiques, et de surprendre de la sorte, si cela se pouvait, quelques relations utiles.

Tel est l'objet des recherches que nous avons l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie.

Nos observations les plus nombreuses portent sur l'administration du tartrate double de soude et de potasse. Nous en avons suivi deux cent soixante-huit ingestions; le sulfate de soude a été administré quinze fois, le soufre quatre fois, et la salicine a été prise par dix malades différents.

Dans toutes ces observations, nous avons préparé nous-mêmes les médicaments : leur dosage et leur ingestion ont été soigneusement surveillés. Nous avons tâché aussi d'apporter toute la précision désirable dans l'examen de la maladie, dans la détermination de sa nature et de ses différentes phases.

On verra plus loin quels sont les motifs qui nous ont décidés dans le choix des médicaments mis en expérience. Quant à la recherche des substances administrées, à leur sortie de l'économie, elle a porté exclusivement sur les produits de la sécrétion urinaire.

Tartrate double de soude et de potasse.

Ce sel, très-employé au temps de Lémery, sous le nom de *sel de Seignette*, figure encore dans la matière médicale comme purgatif doux. Il a été administré à la dose de 30 à 50 grammes, sans que son usage ait jamais été suivi du moindre inconvénient.

L'emploi de ce sel devait nous fixer sur un point qui a justement éveillé l'attention depuis quelques années. Nous voulons parler de la conversion des sels organiques de soude ou de potasse en carbonates des mêmes bases. Depuis des observations faites sur les animaux, et dues à M. Wœlher, on considérait la transformation des tartrates, citrates et acétates alcalins en carbonates comme un phénomène constant. La conversion est, au contraire, d'une extrême variabilité : on peut en prendre de suite une idée très-générale par les résultats que nous avons obtenus. Sur deux cent soixante-huit ingestions de tartrate double, cent soixante-quinze ont été suivies d'urines alcalines à différents degrés, quatre-vingt-sept d'urines acides, et six d'urines

(1) Dans notre numéro du mois dernier, p. 133 (Sociétés savantes), nous avons donné un extrait de cet article; depuis, ayant trouvé dans les Annales de Chimie et de Physique le mémoire in extenso de MM. Laveran et Millon, nous avons cru devoir le reproduire à cause de l'intérêt qui s'y rattache. (*Note de la Rédaction.*)

sensiblement neutres. On peut, en suivant certaines règles, provoquer l'expulsion complète du sel de Seignette par le tube intestinal : le passage du sel par les urines est alors un cas infiniment rare. On peut, au contraire, faire pénétrer le même sel par les voies de l'absorption et saturer ainsi les urines d'une dose énorme de carbonate alcalin. L'évacuation du tartrate par les selles devient alors l'exception; et encore l'évacuation alvine du tartrate est-elle toujours incomplète.

Si le plus grand nombre des médicaments se trouve soumis à de semblables variations, et il est difficile de croire qu'il en soit autrement, on comprend quel prix doit attacher la médecine à s'éclairer sur les moyens d'y échapper, ou de les faire tourner à son profit.

L'alcalinité communiquée aux urines par le sel de Seignette s'apprécie très-exactement à l'aide de l'acide sulfurique normal, employé par M. Gay-Lussac dans l'essai des soudes et des potasses du commerce. L'urine est recueillie dans des vases propres, et maintenue à une basse température, si l'on opère dans les mois les plus chauds de l'année. On mesure l'urine des vingt-quatre heures, ou bien, séparément, celle de chaque émission, puis on en prend un décilitre que l'on colore en bleu par un peu de teinture de tournesol; on y verse goutte à goutte l'acide sulfurique normal contenu dans la burette des essais alcalimétriques. Lorsque la teinture est arrivée au rouge stable, qui appartient à l'acide sulfurique, on s'arrête.

Nous renvoyons d'ailleurs, pour plus de détails, à l'instruction même donnée par M. Gay-Lussac.

Il était nécessaire de rechercher si, dans les cas où les urines sont acides ou neutres, la soude et la potasse ne s'échappaient pas néanmoins par les voies urinaires, en combinaison avec l'acide tartrique non décomposé ou tout autre acide organique. Il était possible encore qu'une partie seulement des alcalis existât dans les urines à l'état de carbonate, et qu'une autre partie fût en combinaison avec quelque acide organique.

Pour arriver à cette connaissance, on évapore à siccité un poids convenu d'urine, on calcine, puis on en brûle le charbon au contact de l'air.

Lorsqu'on veut arriver, par cette même opération, à déterminer la quantité de sels contenue dans les urines, on trouve que la combustion complète de la matière charbonneuse, toujours difficile, offre un obstacle particulier, en raison de la présence des carbonates alcalins. Nous nous sommes affranchis des lenteurs de l'opération par un procédé simple. Lorsque la calcination directe est déjà assez avancée, on ajoute, avec précaution, un peu de chlorate de potasse très-fin que l'on fait tomber d'un petit flacon pesé d'avance : le résidu devient blanc en quelques instants. On doit en soustraire ensuite la quantité de chlorure de potassium correspondante à la quantité de chlorate employée.

Dans le cas particulier du sel de Seignette, nous nous sommes principalement attachés à déterminer le titre alcalin des résidus de calcination. Nous avons reconnu : 1° que la quantité de carbonate alcalin ou terreux provenant de la calcination d'un litre d'urine normale saturait de 15 à 25 degrés de la burette alcalimétrique; 2° que cette proportion d'alcali n'était pas augmentée dans les urines qui se trouvaient neutres ou acides à la suite de l'administration du tartrate double de soude et de potasse; 3° que les urines rendues alcalines par l'administration du même sel donnaient des résidus dans lesquels la quantité d'alcali indiqué dans l'urine fraîche n'était augmentée que de 15 à 25 degrés alcalimétriques.

Il était alors constant que le sel de Seignette ne pouvait s'échapper par les urines à l'état de tartrate, et que celui qui prenait cette voie était entièrement converti en carbonate.

Après avoir fixé ces premières bases, nous avons pu, dans le courant de décembre 1843, et de janvier, février, mars et avril 1844, fixer très-exactement l'état acide, neutre ou alcalin, et le degré d'alcalinité de deux cent soixante-huit urines rendues à la suite de l'administration du sel de Seignette; il nous est devenu facile, dans les cas de conversion du tartrate alcalin en carbonate, de rapporter celle-ci à la dose, au mode d'administration, à l'état des organes et aux dispositions individuelles.

Lorsque le sel de Seignette est pris en peu de temps et à haute dose, de 40 à 50 grammes en une seule fois, son effet tend à se concentrer sur les voies digestives. Les vomissements sont très-rares, mais l'ingestion est toujours suivie de plusieurs selles liquides. Ce n'est que d'une manière exceptionnelle que les malades n'éprouvent rien du côté du tube digestif; mais ils rendent alors des urines alcalines.

Prescrit, au contraire, à petite dose, ou bien à dose fractionnée, de sorte que 15, 20, 30 ou 40 grammes ne soient pris qu'en huit ou dix heures, le tartrate produit des effets opposés. Dans ce cas, la purgation est l'exception; l'alcalinité des urines devient l'état habituel : un seul litre d'urine peut saturer jusqu'à deux cent cinquante divisions de la burette alcalimétrique; de sorte qu'en ne tenant compte que du tartrate double de soude et de potasse, on voit qu'à haute dose il est directement expulsé par le mouvement de l'intestin et par les fluides sécrétés à la surface de la membrane muqueuse qui le recouvre, tandis que de petites quantités, bien que leur ingestion soit réitérée, pénètrent l'économie, sont transformées par elle, amenées au dernier terme d'oxydation dans la partie combustible de leurs éléments, et enfin éliminées par les urines à l'état de carbonate alcalin. Dans le premier cas, il y a indigestion; dans le second, assimilation, sécrétion : ici c'est plutôt un médicament; là, un aliment.

Jusque-là toute la différence d'action réside dans la dose : voici maintenant la part des aptitudes individuelles et des états variables de l'organisme.

Les hommes forts, atteints d'indispositions légères, montrent la meilleure aptitude à digérer le tartrate. C'est dans cette catégorie que se rencontrent les cas exceptionnels d'une digestion partielle, malgré l'administration du sel de Seignette, en une seule fois, à haute dose. La faiblesse des sujets établit une disposition inverse, et amène la purgation. On peut même, quoique très-rarement, arriver, dans les cas de cette nature, à des urines acides, malgré des doses fractionnées. La constipation habituelle, celle même qui dépend d'une maladie appréciable

du cerveau ou de la moelle, est une condition favorable à l'absorption. Un malade, atteint d'apoplexie cérébrale, digérait, sans purgation, 40 grammes de tartrate pris en une seule dose : les urines saturaient, par litre, de cent cinquante à cent quatre-vingt-dix divisions de la burette alcalimétrique.

Les individus atteints de dérangement du tube digestif, ou de diarrhée, ont très-peu de capacité absorbante pour le sel dé Seignette, et, dans ce cas, les urines restent presque constamment acides. Il en est de même lorsque la fièvre domine l'état du malade.

Cependant, malgré les conditions les plus défavorables à la combustion du tartrate double, on peut encore le forcer à pénétrer par les voies de l'absorption. On y parvient d'abord en fractionnant de plus en plus la dose, puis en insistant sur l'emploi du sel : le premier jour, les urines sont acides ; le second ou le troisième, l'alcalinité se prononce déjà.

Nous avons rencontré, au milieu des règles simples que nous indiquons, quelques-unes des anomalies que connaissent les médecins et tous les observateurs. Tel a été le cas d'un homme atteint de pneumonie aiguë. Il digéra 30 grammes de sel de Seignette, administrés en une seule fois, et ses urines, très-abondantes, saturèrent jusqu'à cent vingt divisions de la burette alcalimétrique ; mais, par une coïncidence très-remarquable, ce malade avait conservé de l'appétit.

Une fois bien fixés sur les moyens de transformer le tartrate double en carbonate alcalin, nous avons cherché quelle pouvait être son utilité thérapeutique.

Il faut le dire, nous avions espéré trouver, à la faveur du passage des carbonates alcalins dans la circulation, un moyen de modifier les maladies dans lesquelles le sang se distingue par une plasticité plus grande et par un excès de fibrine. Aussi nos premières tentatives furent-elles dirigées sur des malades atteints de pneumonie aiguë et de rhumatisme articulaire. Lorsque la résistance que l'absorption éprouve, dans ces différents cas, avait été vaincue, nous analysions le sang par la méthode imaginée par M. Dumas, et rendue vulgaire par les publications de MM. Andral et Gavarret. Mais, sur dix saignées dont l'analyse fut faite, nous avons été forcés de reconnaître que la fibrine ne diminuait pas de quantité, et que le sang se chargeait d'une couenne aussi forte qu'en l'absence du tartrate. Toutefois, chez le plus grand nombre de ces malades, la proportion de l'urée offrait un accroissement notable : ce qui fournissait l'indice d'une combustion plus rapide. Peut-être eût-il fallu, pour agir chimiquement sur la constitution du sang, insister davantage ; mais il était devenu évident pour nous que, malgré la formation du carbonate alcalin, les rhumatismes aigus et les pneumonies suivaient leur cours ordinaire. Nous avons mieux aimé rester dans les limites d'une prudence qui pourra paraître excessive, et arrêter nos recherches, en si grave matière, dès qu'elles n'avaient plus pour motif qu'une sorte de curiosité scientifique.

L'accroissement des forces de l'oxydation, rendu très-sensible par la présence de l'urée en excès dans les cas les moins favorables à l'absorption du sel de Seignette, nous a mis sur la voie de tentatives nouvelles. C'est là, nous le pensons, que se trouvera l'application thérapeutique du tartrate double, en se fondant sur les règles que nous avons établies au sujet de sa conversion en carbonate alcalin.

L'accélération des forces oxydantes conduisait à l'emploi du tartrate alcalin dans les cas où il est nécessaire d'activer la nutrition languissante. Son efficacité, en pareil cas, a reçu les confirmations les plus générales. Nous nous bornerons à citer quelques exemples propres à mettre l'action dans toute son évidence.

Un malade, atteint de monomanie hypochondriaque, était fortement débilité, et rendait de trois à quatre litres d'urine par jour. Celles-ci, moins denses que dans l'état normal, laissaient déposer à froid une quantité notable de carbonate de chaux : l'ébullition en séparait une nouvelle quantité de carbonate calcaire, et l'urée n'y existait plus que dans une proportion très-faible. Sous l'influence du tartrate administré suivant la méthode d'absorption, les urines sont revenues à leur quantité normale, à leur densité et à une bonne constitution physiologique. La santé générale du malade reçut un amendement très-remarquable, mais sans que la monomanie disparût.

Un autre malade, atteint d'une albuminurie grave, fut soumis au régime du tartrate : l'albumine disparut des urines, celles-ci furent ramenées à leur proportion normale ; mais la maladie terrible, on le sait, n'en suivit pas moins son cours, et le malade succomba : comme si l'impuissance médicale devait encore ici éclater au-delà des actions qui portent sur les phénomènes secondaires de la vie.

Plusieurs phthisiques, dont la fièvre était modérée, ont absorbé le tartrate double avec facilité, sans aucune fatigue pour les organes. L'ensemble des fonctions s'est amélioré : nous sommes loin de penser qu'il y ait eu là autre chose qu'une amélioration passagère; mais celle-ci a été suffisante pour qu'elle soit devenue un obstacle à notre observation, les malades nous échappant par leur sortie de l'hôpital. Chez quelques-uns de ces phthisiques, l'usage du sel de Seignette a été suivi d'une sédation de la respiration et de la circulation. Dans un cas, le pouls descendit de 90 à 40 pulsations, et fut maintenu à ce chiffre pendant plus de quinze jours.

On comprend quel devait être notre désir de suivre l'action méthodique du tartrate double dans les maladies qui se caractérisent par une sécrétion anormale d'acide urique. C'est le cas le plus ordinaire des gravelles et des calculs urinaires, et l'administration du sel de Seignette semblait y pourvoir admirablement. Il communique, en effet, une activité particulière à la digestion ; le carbonate alcalin qui se produit est très-propre à dissoudre l'acide urique, et ce carbonate pénètre à une dose qui peut atteindre 15 et 20 grammes en vingt-quatre heures. Ajoutons que le médicament peut s'absorber en même temps que l'aliment ; et comme ce dernier semble la cause la plus directe du mal, le remède se produit aux sources mêmes de l'affection. Ces vues sont enfin confirmées par la pratique vulgaire qui conseille, dans le cas de gravelle et de calcul, l'usage des fruits rouges. Le sel de Seignette présente le principe actif de ces derniers, sous une forme con-

stante qui peut se doser et s'approprie, en toute circonstance, aux dispositions individuelles.

L'insuffisance de la pratique militaire ne nous a pas permis d'appliquer ces vues, qui se présentent d'elles-mêmes; mais elles ne peuvent manquer de recevoir ailleurs le contrôle de l'expérience.

De l'administration du sulfate de soude, du soufre et de la salicine.

Après avoir étudié les transformations d'un médicament qui se brûlait en partie, et concourait, jusqu'à un certain point, au travail de la nutrition, nous avons été curieux d'observer le passage d'une substance dont tous les éléments, fortement oxydés, ne pouvaient contracter, dans l'économie animale, aucune oxydation nouvelle. Nous avons fait choix du sulfate de soude.

Les urines contiennent normalement de l'acide sulfurique dont la proportion a été déterminée. Huit analyses, qui ont porté sur des urines d'adultes recueillies à différentes heures de la journée, nous conduisent à admettre que cette proportion varie de 2 grammes à 2 ½ grammes par litre, en supposant l'acide sulfurique anhydre SO^3.

Il ne sera pas nécessaire d'entrer dans de longs détails sur les résultats de notre observation. Nous les résumerons en disant que le sulfate de soude suit, dans son passage, les mêmes règles que le sel de Seignette. A dose fractionnée, les individus vigoureux et légèrement indisposés absorbent le sel, et le rejettent en partie par les urines, sans aucune modification. Nous avons fait arriver ainsi jusqu'à 10 et 15 grammes de sulfate de soude dans les urines. Il eût été facile d'accroître encore cette quantité, mais sans profit pour l'observation.

Dans des conditions contraires, lorsque le sujet est affaibli, lorsque la dose est forte et unique, ou bien encore si la fièvre agit, si les voies digestives sont dérangées, les urines ne contiennent que la proportion normale d'acide sulfurique. Il ne se fait pas la moindre introduction de sulfate de soude.

Il est impossible de ne pas remarquer, au sujet de ce sel, que les voies de l'absorption sont parallèles à celles de la combustion.

L'administration du soufre nous a fourni des résultats négatifs. Il ne paraît pas se brûler, ni même pénétrer, en aucune façon, dans l'économie. En employant les moyens analytiques les plus propres à le déceler, quelle que fût sa combinaison, il a été impossible de le découvrir. A la suite de quatre ingestions faites dans une bonne disposition d'absorption, les urines ne contenaient que la proportion normale d'acide sulfurique.

Quant à la salicine, son inertie thérapeutique, déjà plusieurs fois signalée, nous a fait borner son emploi à quelques cas de fièvre intermittente légère. Il était intéressant de savoir si cette substance, qui est entièrement combustible, mais qui renferme une très forte proportion de carbone, et qui diffère très-notablement des autres principes alimentaires, ne subissait pas quelque transformation particulière. L'expérience, tentée sur dix malades, a toujours donné le même résultat.

Les urines qui suivent l'ingestion de la salicine contiennent toutes de l'hydrure de salycile et de l'acide salycilique. Nous n'avons pu trouver aucun moyen de doser exactement ces deux principes et d'en mettre ainsi la quantité en rapport avec celle de la salicine administrée. Mais la réaction caractéristique que fournissent l'hydrure de salycile et l'acide salycilique, avec les persels de fer, se produit invariablement. La coloration violette est des plus intenses. Elle se retrouve dans les produits de la distillation de l'urine, dans l'extrait alcoolique et dans l'extrait éthéré; on parvient même, sans trop de peine, à retirer de l'urine des cristaux d'acide salycilique.

Un fait de cette nature indique la variété des principes chimiques qu'un examen soigneux peut faire découvrir dans les urines; mais il est, en outre, remarquable de voir les forces oxydantes de l'économie s'exercer sur la salicine et conduire les éléments organiques contenus dans cette substance à des produits identiques avec ceux du laboratoire. Nos organes opèrent, dans leur action comburante, comme un mélange d'acide sulfurique et d'acide chromique, ou bien, si l'on veut, comme la potasse en fusion, c'est-à-dire comme les agents d'oxydation les plus énergiques. Ce n'est sans doute qu'un cas très-restreint du grand phénomène de combustion qui accompagne partout les phénomènes de la vie animale; mais dans le fait simple de la transformation de la salicine, dans la réaction saillante qui la décèle, la démonstration principale nous semble encore gagner quelque chose.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

2. *Essai d'une analyse thérapeutique des effets des quinquinas et du sulfate de quinine; des indications remplies par ces médicaments dans les maladies en général, et de l'emploi du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde;* par le docteur Félix Jacquot, de Saint-Dié, chef de clinique médicale à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, membre de plusieurs Sociétés savantes (1).

(Archives générales de Médecine, septembre 1844.)

1. — La chimie a rendu de très-grands services à l'art de guérir; elle en rendra encore, surtout si ses découvertes sont appréciées à leur juste valeur et

(1) Malgré le caractère un peu spéculatif que présente ce mémoire, nous avons cru devoir l'admettre en faveur de quelques vues qui ne manquent pas de justesse, et que l'auteur a cherché à démontrer par des faits cliniques. Ce sera à une expérience plus rigoureuse à les confirmer ou à les restreindre. Il faut un peu se souvenir que dans notre science, où dominent souvent les nécessités de l'application pratique, les doutes sur le sujet expérimenté, l'incertitude des influences, tout ne peut pas être de prime abord l'objet d'une démonstration positive; seulement il faut que les choses ne soient présentées que pour ce qu'elles sont.

(*Note du rédacteur.*)

non exagérées ; si, en tenant compte des nouveaux faits qu'elle nous donne, on ne fait pas abstraction des faits non moins positifs mis hors de doute par l'expérience générale. L'isolement des alcaloïdes de l'écorce du Pérou a été une véritable conquête pour la thérapeutique ; mais la croyance invétérée que ces alcaloïdes sont, d'une manière absolue, le principe actif du quinquina, principe pouvant lui être substitué toujours avec avantage, c'est là précisément l'écueil : nous y sommes tombés, ce nous semble. Les analogies chimiques peuvent aussi conduire à des déductions thérapeutiques qui sont loin d'être justes. M. Magendie expérimente l'écorce de houx dans les fièvres intermittentes et en reconnaît l'efficacité ; partant de là, et procédant d'après les analogies chimiques, il ne craint pas d'annoncer, en plein Institut, que si l'on parvenait à extraire du houx l'élément actif, il est probable que ce végétal pourrait rivaliser avec le quinquina : or, on connaît l'ilicine, et pourtant l'écorce du Pérou est encore le fébrifuge sans rival ! Notre collègue M. Maillot, auquel on doit un *Traité des fièvres intermittentes*, fruit d'une pratique aussi étendue qu'éclairée, dit avec beaucoup de raison : « En isolant le principe actif du quinquina, la chimie nous a ouvert une nouvelle voie, et semble nous indiquer de rechercher ses succédanés parmi les alcalis végétaux analogues à la quinine et à la cinchonine ; mais ce n'est là qu'une présomption, et le peu d'avantage que l'on retire de la salicine ne le prouve que trop, car cette substance a des propriétés physiques et chimiques qui feraient supposer en elle une vertu fébrifuge beaucoup plus grande que celle qu'elle possède (1).

Ces quelques considérations suffiront pour prouver que notre titre, *analyse thérapeutique*, n'est pas un néologisme oiseux.

L'écorce de quinquina est un tonique puissant et un bon fébrifuge ; la quinine et ses sels sont le fébrifuge par excellence, mais ne sont pas toniques, ou ne le sont que dans des limites fort restreintes. Cette proposition, ainsi formulée, met de suite en évidence que l'usage de l'un ou de l'autre médicament n'est pas indifférent. Ceci n'a rien de bien neuf ; mais, ce qu'on ne me paraît pas avoir fait d'une manière un peu convenable, c'est la part d'action de chacun d'eux. M. Bouchardat (2) a pressenti ces distinctions, mais il n'a rien spécifié, témoin ce qui suit : « A l'exemple de quelques auteurs, j'avais rangé les quinquinas et leurs alcaloïdes dans la classe des médicaments toniques. Cette manière de voir peut être exacte lorsque l'on considère l'action du produit complexe que l'on trouve dans les quinquinas résultant de l'action du tannin avec les bases organiques quinine et cinchonine, et lorsque cette combinaison naturelle est administrée à faibles doses ; mais si l'on n'a égard qu'aux préparations de quinine, alors l'ensemble de leurs propriétés physiologiques doit les éloigner des agents rangés dans la classe des toniques ; leur action sur le système nerveux, sur le sang et sur l'appareil circulatoire doit les faire placer dans une classe spéciale intermédiaire, peut-être entre celle des altérants et des agents divers compris par les auteurs sous le nom de *narcotiques*. »

De ce que le quinquina est un tonique puissant, concluerait-on *a priori* que son soi-disant principe exclusivement actif est à plus forte raison le premier des toniques ? Cette vue ne serait pas confirmée par la pratique des médecins en général, car, dans la presque totalité des cas, on donne comme tonique l'écorce même du Pérou, soit en poudre, soit en décoction, soit sous forme de vin, de teinture de quinquina, c'est-à-dire alliée à des substances également reconfortantes ; et je ne sais guère que M. Peysson, de Lyon, médecin en chef de l'hôpital militaire, à qui nous ayons vu donner l'alcaloïde quinique comme tonique, et encore le prescrivait-il à 5 cent., dernière particularité que je prie de remarquer en passant.

Les toniques, selon MM. Trousseau et Pidoux, ont cela de particulier qu'ils impriment d'emblée aux forces essentielles de notre organisme une activité plus grande, sans agir par l'intermédiaire d'effets physiologiques toujours plus ou moins éventuels ; ce qui donne à cette médication un haut degré de sûreté. Comme conséquence de ce principe, les mêmes auteurs admettent que les toniques suscitent des effets morbides quand on les donne alors qu'il n'y a pas débilitation, alors que les forces n'ont pas besoin d'être remontées. Si, à un homme placé dans ces circonstances, nous donnons les analeptiques et les radicaux (ici nous faisons abstraction des astringents purs, que nous ne pouvons nous résoudre à placer parmi les toniques) ; si nous donnons ces médicaments, il arrivera qu'il sera bientôt tourmenté par des accidents, indice d'un surcroît morbide d'activité. Eh bien ! prenez des sujets dont la tonicité est suffisante ou plus que suffisante, affectés, par exemple, de rhumatisme articulaire, de goutte, et donnez-leur la quinine ; vous verrez que cet alcaloïde, à haute dose, agit comme sédatif puissant et direct du système nerveux, de l'aveu de presque tous les expérimentateurs modernes, et très-probablement aussi comme modérateur du système sanguin, c'est-à-dire, somme toute, comme hyposthénisant.

La quinine n'est-elle donc tonique en aucune façon, dans aucune circonstance ? Je craindrais de tomber dans l'exagération, dans l'exclusion absolue systématique, en soutenant cette thèse. Mais un fait certain, qui ressort de la pratique de tous les médecins, c'est qu'elle n'a jamais cette propriété quand on l'administre à haute dose. L'alcaloïde quinique est très-amer, ce qui est déjà une assez forte présomption pour lui accorder quelque chose de la propriété tonique. Dans le service de M. Peysson, qui le donnait à petite dose, 5 cent. par jour, nous l'avons vu activer la digestion, exciter l'appétit chez les individus convalescents de graves maladies, et dont les fonctions digestives étaient paresseuses et languissantes.

La quinine ne peut donc pas, ce nous semble, remplacer le quinquina dans la médication purement tonique : la conduite des médecins est bien

(1) Maillot, Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes.

(2) Bouchardat, Annuaire thérapeutique pour 1844, p. 71.

dirigée d'après ce principe, quoiqu'on ne l'ait pas formulé assez explicitement.

Peut-elle, d'un autre côté, remplacer toujours avantageusement le quinquina en substance dans les fièvres intermittentes? Dire qu'il est des cas où l'écorce nous paraît préférable semblera probablement paradoxal à plusieurs : entreprenons de le démontrer.

Dans les quinquinas, il y a deux éléments, le tonique et le modificateur du système nerveux : ce dernier est la quinine, tandis que le premier peut être constitué par la réunion de plusieurs principes, mais surtout par l'amer cinchonique de Reuss, qui regardait cette substance comme le principe actif. Or, il s'agit de savoir si la partie purement tonique n'est pour rien dans la curation des fièvres paludéennes.

Considérons d'abord que les succédanés les plus accrédités du quinquina, considéré comme fébrifuge, sont ou des sédatifs, ou des toniques : tels sont, pour ne parler ici que de ces derniers, le fer, l'angusture vraie, le marronnier d'Inde, la gentiane, les quinquinas faux, nova, piton, caraïbe; la petite centaurée, les chardons bénit et étoilé, la chicorée sauvage, le houx, l'artichaut, le lilas, le trèfle d'eau, la benoîte, l'olivier d'Europe, le houblon, le quassia amara, le peuplier blanc, le tulipier de Virginie, le principe amer du lichen d'Islande, et quelques astringents dans lesquels on rencontre, outre le tannin, des principes amers; sans oublier qu'une nourriture substantielle a été recommandée par bien des auteurs, plus peut-être pour empêcher les récidives que pour arrêter la fièvre, mais dans ce dernier but pourtant aussi (1). On peut donc, sans aucune crainte de sortir du vrai, accorder à la partie purement tonique des quinquinas une vertu fébrifuge prononcée.

Si les toniques ont une vertu incontestable, il ne faut pas se l'exagérer, il faut apprécier les cas où leur application pourra se faire avec succès. Les toniques agissent d'une manière lente, progressive et assurée; mais, par cela même qu'elle est lente, ils ne pourront jamais couper à volonté les fièvres, comme le fait, au contraire, le sulfate de quinine. Eliminons-les donc de suite du traitement des fièvres graves ou pernicieuses, dans lesquelles il faut agir le plus promptement possible, et énonçons, en général, qu'on ne devra guère les employer que comme préservatif, ou pour consolider les guérisons et achever celles que le sulfate de quinine n'a pu mener à bonne fin. D'après cela, on devra donner habituellement le quinquina et les amers à ces êtres étiolés, souffreteux, traînant péniblement, au milieu des marais, une existence passée en alternatives de fièvres intermittentes et d'intervalles d'état plus ou moins physiologique. Ces malheureux viennent-ils à être atteints d'accès bénins, le quinquina, donné à une certaine dose, remplira la double indication, et d'arrêter plus ou moins vite la fièvre, et de mettre l'organisme dans la position de lutter postérieurement avec plus d'activité contre l'agent délétère incessant. Enfin, on administrera le quinquina aux sujets qui ont gagné les fièvres dans les pays où elles sont très-intenses et vivaces, dans la campagne de Rome, dans la plaine de la Metidja, et qui, revenus en France, s'y traînent encore longtemps, souffrants et jaunis, sans pouvoir se débarrasser entièrement de quelques accès revenant irrégulièrement de temps à autre. J'ai connu à Paris un jeune peintre qui avait accompagné Sigalon en Italie, et qui, à son retour, ne put se débarrasser tout à fait d'un reste de fièvre intermittente, après dix mois, qu'en se mettant au quinquina et aux amers, d'après mes conseils. De pareils faits ne sont pas rares parmi nos militaires revenus d'Afrique.

Boerhaave n'agissait-il pas dans ces vues ou à peu près, quand il conseillait le fer dans les fièvres intermittentes *a debilitate?* M. Cruveilhier aussi recommande le fer (1), presque comme spécifique, dans les hypertrophies de la rate, suite de fièvres intermittentes, c'est-à-dire à une époque où cette maladie a amené une certaine détérioration. Huxham (2), qui craint de donner de suite des échauffants aux individus pléthoriques atteints de fièvres paludéennes, recommande avec grand soin, dans les

(1) Il serait peut-être téméraire d'admettre comme incontestée l'efficacité de tous ces prétendus succédanés du quinquina. Les expériences sur lesquelles repose la propriété anti-fébrifuge de la plupart de ces médicaments sont loin d'avoir la rigueur désirable. Il faut se souvenir toujours que les fièvres intermittentes cessent souvent d'elles-mêmes, sans aucune autre espèce de traitement qu'un régime convenable, et que c'est beaucoup s'avancer que d'admettre dans le traitement de ces maladies l'action d'une substance médicamenteuse, parce que la suspension des accès a coïncidé quelquefois avec l'emploi qu'on en a fait. Une observation curieuse rapportée par M. Chomel dans sa Pathologie générale, et qui a précisément pour sujet le houx, montre quelle réserve on doit apporter dans l'appréciation des résultats thérapeutiques. Ce professeur voulait étudier l'action de la poudre de houx dans le traitement des fièvres intermittentes. Vingt-deux individus atteints de ce genre de maladie furent placés dans son service. Avant d'employer le médicament, on attendit plusieurs jours pour assurer le diagnostic et pour voir si les accès ne seraient ni suspendus, ni amoindris par les conditions nouvelles dans lesquelles ils étaient placés. Or, de ces vingt-deux sujets, sept n'eurent plus un seul accès; quatre présentèrent des accès décroissants; huit autres n'offraient que des accès symptomatiques liés à des phlegmasies peu intenses des membranes muqueuses et qui cédèrent aux simples antiphlogistiques, à la diète, etc.; trois seulement furent trouvés dans les conditions convenables pour l'expérimentation. La poudre de houx leur fut administrée d'abord à la dose indiquée par le médecin qui avait préconisé ce remède, puis à dose double, quadruple, octuple, sans aucun effet appréciable sur la marche de la maladie. Le sulfate de quinine leur fut ensuite donné, et les accès furent immédiatement interrompus. «Si dès le jour de l'admission à l'hôpital, ajoute M. Chomel, la poudre de houx eût été administrée à tous ces malades, ou du moins aux quatorze individus atteints de fièvre intermittente essentielle, j'aurais été conduit à conclure que ce remède avait produit l'effet fébrifuge dans dix-neuf cas sur vingt-deux, ou tout au moins onze fois sur quatorze, et à regarder comme exceptionnels les trois cas dans lesquels il a échoué.» (3e édit., p. 596.)—Que de médicaments doivent leurs propriétés à l'oubli de toutes les règles d'expérience si bien observées ici par M. Chomel; et c'est cependant à l'expérience qu'on en appelle pour justifier ces prétentions thérapeutiques! (*Note du rédacteur.*)

(1) Dictionnaire de médecine en 15 volumes, t. VIII, p. 65, 70.

(2) Huxham, Essai sur les fièvres.

temps humides et aux sujets à fibre lâche, non-seulement d'employer de suite le quinquina, mais d'y joindre le contrayerva, la myrrhe, le camphre. Galien, Celse, Van Swieten, P. Frank, Percival, Buffalini, conseillent une nourriture substantielle dans les mêmes circonstances.

Tels sont les cas dans lesquels nous croyons que l'écorce du Pérou doit être préférée. Faisons également la part des indications de la quinine dans les fièvres paludéennes. Nous avons déjà dit qu'on doit la donner dans les fièvres pernicieuses; ajoutons qu'elle est généralement indiquée dans les fièvres intermittentes simples, au début ou au milieu de leur cours, fièvres qu'il s'agit de couper; chez les individus dont l'estomac ne pourrait supporter la quantité nécessaire de quinquina; enfin chez les sujets pléthoriques qui n'ont nul besoin d'être tonifiés.

Résumons-nous. Nous avons cherché à montrer, et la suite de ce mémoire le prouvera, que le quinquina remplit des indications autres que celles de la quinine; qu'il est fébrifuge à cause du spécifique qu'il contient (quinine), et à cause de ses propriétés toniques; que les toniques sont fébrifuges, non spécifiquement, mais par leur action lente et soutenue qui fortifie l'antagoniste du système nerveux.

Je termine avec l'écorce du Pérou en substance, en faisant remarquer, comme conséquence des données qui précèdent, qu'elle ne sera tonique qu'à une dose modérée; car alors le principe amer agit à peu près seul : le peu d'alcaloïde qui se trouve ingéré est insignifiant en tant que sédatif, ou même, étant en très-faible proportion, il a une action également tonique.

Nous arrivons aux alcaloïdes des quinquinas vrais, notamment à la quinine et à ses sels.

On a beaucoup discuté sur le mode d'action de la quinine, bien moins cependant que sur celui de beaucoup d'autres médicaments; et cela, parce que c'est un spécifique et qu'il est d'adage, en médecine, que spécifique veut dire impénétrable. Certes, nous ne voudrions pas, nous si faible, nous élever contre une si vieille et enracinée croyance : aussi prétendons-nous seulement déterminer dans quelle grande classe d'agents thérapeutiques de notre matière médicale on doit ranger l'alcaloïde quinique, sans essayer de pénétrer la nature de son mode d'action spécifique.

Il est à peu près généralement adopté aujourd'hui que la quinine est un puissant modificateur du système nerveux. Nous nous rangeons volontiers à cette opinion : l'idée qu'emporte ce mot est si extensible! Quelques-uns ont dit perturbateur, ce qui est moins juste peut-être, car la strychnine est bien un souverain perturbateur, et pourtant elle est très-loin de valoir la quinine. On a dit aussi qu'elle est un antipériodique, ce qui est vrai, d'une manière très-générale même, car on sait que cette substance arrête non-seulement les fièvres intermittentes paludéennes, mais beaucoup d'autres affections à attaques ou accès régulièrement intermittents. Un principe bien reconnu aussi, c'est que, tandis que les fièvres marécageuses sont guéries dans leur principe, les maladies qui s'accompagnent de pyrexies symptomatiques n'en continuent pas moins leur marche, quoique dégagées pour plus ou moins de temps, et plus ou moins complétement, des accès qui les accompagnaient. Mais cette vertu antipériodique de la quinine n'est elle-même que secondaire, et voici comment : la quinine est un sédatif très-certainement du système nerveux, très-probablement du système sanguin : c'est là son action primordiale. Or, dans les cas où l'état morbide du système nerveux se manifeste par des phénomènes intermittents, ce n'est que parce que ce système est ramené à son état normal que les intermittences disparaissent. Mais la modification produite sur le système nerveux par la quinine, et qui donne lieu à la suspension des accès de l'affection intermittente, n'est pas appréciable aux sens; on ne voit que la guérison de l'intermittence, on oublie la cause pour n'envisager que l'effet. Une autre raison qui prouve que l'intermittence n'est pas l'élément attaqué directement par la quinine, c'est que celle-ci guérit avec une égale facilité les fièvres paludéennes rémittentes et même les continues.

Après avoir dit ce que la quinine n'est pas ou ce qu'elle est peu, on nous permettra, avant d'énoncer ce qu'elle est positivement, on nous permettra, dis-je, une légère digression à propos de l'intermittence, objet qui est tout à fait de notre ressort.

Le système nerveux cérébro-spinal et même le ganglionnaire manifestent leur existence *à l'extérieur* par des phénomènes intermittents, aussi bien à l'état sain qu'à l'état pathologique. A l'état physiologique, le système nerveux de relation est soumis aux alternatives de la veille ou du sommeil; la douleur et le plaisir se succèdent; les sens se lassent d'être continuellement impressionnés d'une seule et même manière dans le cours de quelques heures; la pensée ne peut pas non plus s'exercer sans relâche. Pour le système ganglionnaire à l'état sain, il préside sans interruption aux fonctions végétatives, sans trahir son existence au dehors; seulement, pendant le sommeil, il est en demi-repos. Nous allons le retrouver à l'état pathologique.

Dans cet état pathologique, toutes les manifestations sont intermittentes à un haut degré, exemples : épilepsie, catalepsie, extase, chorée, hystérie avec ses mille formes, névralgies. Quand, dans le cours d'une maladie quelconque, le système nerveux vient à se prendre d'une manière qui n'est pas la conséquence nécessaire de la maladie même, il manifeste encore sa souffrance par des groupes de symptômes intermittents, comme cela arrive dans les exacerbations quotidiennes, exagérées, de la méningite et de la fièvre typhoïde. Quant au système ganglionnaire, il se comporte d'une façon semblable : c'est ce qui a lieu dans diverses douleurs qui paraissent bien ne dépendre en rien de l'appareil de la vie de relation, comme les douleurs ostéocopes, et dans ces sensations pénibles et déprimantes qui parcourent les conducteurs et les ganglions à la suite d'une frayeur subite, par exemple.

Ainsi l'intermittence est dans la nature du système nerveux.

La fièvre paludéenne étant le dérangement fonctionnel le plus simple du système nerveux, il est tout naturel que celui-ci trahisse sa souffrance par une phénoménalisation en rapport avec ses ten-

dances naturelles, par l'intermittence. Le type intermittent se trouve ainsi expliqué sans effort, naturellement, en se fondant simplement sur les données expérimentales fournies par la pathologie et la physiologie.

Nous nous rendrons compte, avec une égale facilité, de ce qui arrive dans beaucoup de cas, en dehors des fièvres paludéennes. Que, dans le cours d'une maladie quelconque, le système nerveux vienne à s'affecter, on prévoit que ces manifestations morbides suivront également le type intermittent. Ces intermittences sont moins régulières, sans doute, et cela devait être, parce que ce n'est pas ici un trouble fonctionnel à son premier degré de simplicité, et parce que les accidents nerveux sont sous l'influence d'une cause permanente, à marche plus ou moins accidentée, c'est-à-dire sous l'influence de maladies dont ils ne sont presque que des épiphénomènes. C'est également par la déviation de la fièvre paludéenne de son premier degré de simplicité, déviation amenée par la continuité de la cause, par son extrême intensité, par des lésions organiques consécutives à l'infection paludéenne et à la fièvre, mais pouvant, à leur tour, plus tard, réagir sur l'organisme, enfin par l'intoxication du sang; c'est par cette déviation que nous nous expliquons comment la fièvre des marais s'éloigne quelquefois de son type primordial pour s'approcher plus ou moins de la continuité.

Mais nous étions à nous demander dans quelle grande classe de médicaments doit être rangée la quinine, et nous avions essayé de réduire à leur valeur quelques suppositions émises à ce sujet. Or, nous n'oserions dire que c'est un hyposthénisant, depuis que ce terme générique a été si étrangement compris par le professeur Giacomini, et plus étrangement encore appliqué par lui à des médicaments si divers, si opposés; mais nous dirons que c'est très-certainement un sédatif du système nerveux, et très-probablement du système sanguin aussi.

On voit, tout d'abord, que nous poursuivons notre première idée, savoir, que l'intermittence n'est attaquée que secondairement. Les fièvres marécageuses ne peuvent plus nous donner un démenti, aujourd'hui que MM. Boudin (1), Pidoux (2), Maillot (3), Périer (4) et tant d'autres, sont venus nous démontrer que le mot *fièvre intermittente* ne peut pas être conservé, puisque les miasmes marécageux donnent naissance à beaucoup d'affections à type continu et toutes guérissables par le quinquina.

J'ai dit que la quinine est un sédatif; je vais invoquer, pour le prouver, plusieurs ordres de preuves.

1° Les succédanés de la quinine les plus accrédités et les plus dignes de l'être sont, outre les toniques et bien avant eux, des substances dont l'action tend à déprimer soit les forces radicales, soit les fonctions nerveuses, ou bien qui agissent sur ces dernières non par une sédation simple et primitive, mais toujours définitivement par une tendance à leur extinction, médicaments appelés *sédatifs*, *narcotiques* ou *stupéfiants*, *hyposthénisants*, *antivitaux* ou *poisons actifs de divers genres*, *perturbateurs du système nerveux*, etc. Telles seraient les nombreuses préparations dans lesquelles entre l'acide cyanhydrique, et que les Allemands mettent au-dessus des simples préparations de quinine, comme le cyanure de fer, l'hydro-ferrocyanate de quinine ou de fer, l'acide cyanhydrique lui-même, ainsi que les noyaux et feuilles du pêcher, les amandes amères; puis l'acide arsénieux et les arséniates, qui réussissent si bien dans les mains de notre collègue M. Boudin; les vomitifs en général, et particulièrement le tartre stibié, soit ingéré dans l'estomac, soit en pommade pour friction non vésicante (Peysson, de Lyon). Viendraient ensuite les puissants perturbateurs du système nerveux, comme la strychnine, la fève Saint-Ignace, l'ergot de seigle; enfin les nombreux narcotiques, et en tête l'opium, qu'on administrait si souvent avant la découverte de l'écorce du Pérou, et que nous avons vu souvent réussir associé au tartre stibié, dans le service de M. Peysson; la jusquiame, la ciguë, l'aconit napel, etc., sans compter les antispasmodiques, qui sont bien aussi des modérateurs du système nerveux : valériane, assa fœtida, musc, camphre, éther, oxyde de zinc, etc.

On n'a pas pris assez garde, que je sache, à cette convergence unique au fond de tous les succédanés de la quinine; pourtant il ressort bien positivement de ce rapprochement et de celui qui précède que l'écorce du Pérou, surtout en tant qu'amer et fébrifuge lent, a pour succédanés les toniques, et, en tant que fébrifuge puissant et prompt, les sédatifs, surtout ceux du système nerveux. On n'a pas pris garde non plus, et nous devons rétablir cette omission, parce que l'importance de la chose négligée ressort précisément de nos propositions, que l'on doit préférer au sulfate de quinine, employé dans le seul but de couper court à la fièvre, le valérianate de quinine, les cyanates de quinine, parce que ces préparations contiennent, outre le sédatif spécifique quinine, les sédatifs communs valériane ou acide cyanhydrique, qui remplissent ici une indication tant faible qu'il plaira de la croire, tandis que l'acide sulfurique n'en remplit absolument aucune.

2° Les effets physiologiques de la quinine à haute dose sont ceux des sédatifs. Je ne décrirai point ces effets; on les trouve complétement exposés dans presque tous les auteurs qui ont traité ce sujet. Je généraliserai seulement, et dans cette généralisation je me servirai des résultats constatés par M. Monneret (1), quoique ses expériences aient pour objet l'homme malade, parce que ce qu'il dit est applicable à l'homme sain. Or, ces effets varient un peu dans leur apparence : il y a d'abord, ou bien sédation franche, d'emblée, annoncée par l'abattement, le collapsus, l'obtusion de la sensibilité en général et des sens en particulier, faiblesse et rareté du pouls, sueurs froides, etc.; ou bien troubles

(1) Boudin, Traité des fièvres intermittentes, rémittentes et continues.

(2) Pidoux, Etudes et observations pour servir à la nosologie des fièvres intermittentes, etc.

(3) Maillot, loc. cit.

(4) Périer, De l'Infection palustre en Algérie.

(1) Monneret, mémoire lu à l'Académie royale le 27 juin 1843.

nerveux dont plusieurs dénotent également une diminution de puissance de l'appareil nerveux, tandis que les autres trahissent une excitation réactionnelle à peu près analogue à celle qui se voit assez fréquemment lors de la prise des premières doses d'opium. En second lieu, quand l'absorption s'est faite, arrive ce que M. Monneret appelle un *état typhoïde*, état qui ne consiste plus seulement dans une sédation portant sur le système nerveux, mais aussi dans une atteinte portée aux fonctions végétatives. Or, la succession de ces groupes phénoménaux et les différences d'expression de ceux de la première période s'expliquent parfaitement. Dans cette première période, il y a ou sédation franche, ou sédation mêlée de phénomènes d'excitation, comme on dit : dans le premier cas, le système nerveux s'est laissé déprimer passivement, pour ainsi parler ; dans le second, il a réagi contre l'agent délétère. Dans la seconde période, il y a toujours sédation nerveuse, et, de plus, diminution de puissance et déviation des forces végétatives ; et d'abord il y a toujours sédation nerveuse, parce que l'appareil nerveux ne peut réagir que jusqu'à un certain point, et ce point, c'est ou son triomphe sur l'agent délétère, ou la victoire de celui-ci, qu'on me passe la métaphore ; et ensuite les fonctions organiques sont elles-mêmes troublées et déprimées, parce que l'alcaloïde étant transporté dans la circulation, le sang n'est plus le vivificateur normal de la végétation. M. Monneret intercale entre ces deux grandes phases une phase d'irritation gastro-intestinale ; mais, à notre point de vue, elle n'est que concomitante, elle résulte de l'action mécanique ou chimique, et n'a rien de commun avec l'action dynamique : c'est au praticien à en tenir compte dans le traitement des maladies.

L'étude de ces effets physiologiques, dont nous avons pu vérifier maintes fois l'exactitude, a reçu un complément par les nombreuses expériences de M. Giacomini. Il en résulte que la quinine tue bien plus facilement les petits animaux que ne le fait la morphine, ce qui doit y faire admettre une propriété hyposthénisante plus énergique.

On a dit : *Naturam morborum ostendunt curationes*. Nous invoquons encore pour nous cet aphorisme. Dans un cas d'empoisonnement par 12 grammes de sulfate de quinine qu'un homme en santé avait pris par erreur, quel traitement réussit à M. Giacomini ? les stimulants diffusibles.

3° Les praticiens qui emploient journellement la quinine comme sédatif sont fort nombreux. Les effets qu'ils en obtiennent sont irréfragablement une sédation nerveuse et très-probablement aussi une sédation du système sanguin. On peut voir dans l'ouvrage de M. Giacomini (1) les noms des nombreux praticiens qui ont employé le quinquina en substance au même titre, c'est-à-dire comme sédatif. Cet auteur cite peut-être plus de cent médecins plus ou moins anciens qui ont employé le quinquina dans le but d'hyposthéniser : on voit que la propriété sédative a été aperçue depuis une époque déjà éloignée. Mais j'arrive aux auteurs contemporains et au sulfate de quinine même.

M. Bally et M. Bauquier, son élève, ont expérimenté sur plus de six cents individus ; le docteur Salvy, sur soixante-cinq ; M. Giacomini, bien des fois sur lui-même. De leurs expériences résulte que la quinine à haute dose a une vertu calmante incontestable sur l'encéphale et sur le cœur : le pouls a presque constamment beaucoup diminué de fréquence et de force, les douleurs se sont calmées, quelquefois la paralysie est venue terminer la scène. M. Bouchardat croit aussi aux propriétés hyposthénisantes de la quinine, s'appuyant sur quelques faits empruntés à MM. Ménière, Trousseau, etc. Viennent, à la suite de M. Briquet, de nombreux praticiens qui l'essayèrent dans le rhumatisme articulaire, et qui, s'ils ne s'y arrêtèrent pas tous comme au remède préférable, constatèrent du moins, à différents degrés, quelques-unes des vertus que nous lui reconnaissons : MM. Blache, Devergie, Baudens, etc., à Paris ; Bessière, à Toulouse (1), et le docteur Julia, médecin adjoint de l'hôpital militaire de Lyon ; sans compter, bien entendu, un très-grand nombre de médecins italiens. Depuis les rapports favorables qui furent faits sur l'emploi du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde, M. Broqua eut de nombreux imitateurs : MM. Briquet, Blache (2), Husson (3), Jadelot (4), Gueneau de Mussy, qui tous l'administrèrent à haute dose et en obtinrent des effets hyposthéniques. N'oublions pas le docteur France, de Miélan (Gers) (5), qui s'en trouve si bien dans la première période de la pneumonie et de la pleuro-pneumonie ; M. Firna (6), qui a guéri un tétanos bien caractérisé, et M. Barbier, d'Amiens (7), entre les mains duquel il a réussi comme hyposthénique, dans un cas où les opiacés ne pouvaient rien.

Parlons un peu *de visu*. Nous avons vu souvent donner le sulfate de quinine dans le rhumatisme articulaire, entre autres par M. Julia, et nous l'avons donné plusieurs fois nous-même : effets à peu près constants, chute de la douleur et du pouls.

De ces preuves, groupées sous trois chefs, nous concluons qu'on ne peut refuser à la quinine des propriétés sédatives du système nerveux, et qu'il serait difficile de lui contester la même action sur le système sanguin. On voit que notre proposition, énoncée sous forme de vérité incontestable sur le premier point, est seulement à peu près affirmative sur le second, c'est-à-dire que, malgré notre croyance, quelques faits nous engagent à nous mettre en garde contre une opinion arrêtée à tout jamais. Voici ces faits.

M. Monneret a expérimenté sur vingt-deux sujets atteints de rhumatisme articulaire, et placés dans

(1) Giacomini, Traité philosophique de thérapeutique et de matière médicale, trad. de MM. Mojon et Rognetta.

(1) Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse, 1843.

(2) Voyez les observations de MM. Salmon, Mannoury (Gaz. des hôpit., 31 mai, 21 juin 1842, etc.).

(3) Voyez le mémoire de son interne, M. Saint-Laurent (Arch. gén. de méd., 3° série, t. XV, p. 5).

(4) Voyez les observations de MM. Rilliet et Barthez.

(5) Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier, 1844.

(6) Gazette médicale de Milan, 1843.

(7) Barbier, d'Amiens, Traité complet de matière médicale, 4e éd.

les salles de M. le professeur Andral. Il conclut de ses expériences que l'agent thérapeutique qui nous occupe a une action puissante sur le système nerveux, mais aucune sur le système sanguin ; c'est-à-dire qu'il n'est pas antiphlogistique, le pouls ne baissant sous l'influence de l'alcaloïde que parce que ce dernier calme la douleur, et avec elle l'excitation sanguine qui en était la conséquence. La preuve, ajoute M. Monneret, c'est que la circulation ne fut nullement influencée sur divers malades atteints d'affections autres que le rhumatisme articulaire, et auxquels M. Andral administra comparativement le sulfate de quinine. Telles sont les interprétations de M. Monneret. Je pourrais bien dire quelque chose contre elles, mais j'accepte les faits, et j'en tiens compte; je leur opposerai des faits contraires : 1° l'abaissement du pouls dans la fièvre typhoïde, abaissement si souvent constaté et qu'on ne pourra attribuer à la cessation de la douleur, cette douleur étant peu de chose au début de la maladie et disparaissant bientôt à la fin ; 2° le même phénomène dans les cas d'intoxication par le sulfate de quinine, pris par un homme en santé, phénomène se manifestant tantôt d'emblée et sans mélange, tantôt consécutivement et avec intervalles de réaction.

Je termine ici ce que j'avais à dire pour rendre évident que la quinine doit être rangée dans la grande classe des sédatifs, en ajoutant que c'est un sédatif *spécifique* dans les fièvres paludéennes.

II. *Indications dans les maladies en général.* — Nous avons, dans ce qui précède, discuté, établi, et différencié les propriétés de l'écorce de quinquina et de ses alcaloïdes; nous avons aussi cherché à classer ceux-ci dans la matière médicale ; enfin nous avons déduit quelques conséquences pratiques pour le traitement des fièvres intermittentes. Il s'agit maintenant, et c'est la partie de notre travail qui doit être la plus féconde en déductions, d'établir les indications à remplir dans les différentes maladies, par l'administration de l'un ou de l'autre élément du composé binaire quinquina. Quelques observations viendront prouver que les lois thérapeutiques que nous avons essayé de poser ne sont pas des idées théoriques, mais bien la conséquence de faits observés.

L'écorce du Pérou devra être employée dans les cas où l'on voudra faire une médication en tout ou en grande partie tonique. Ce n'est pas un tonique pur, à cause de la quinine qu'il contient : nous avons déjà dit que, donnée dans de certaines limites, elle ne nous paraît guère agir que comme tonique, car la quantité d'alcaloïde qu'elle contient est trop minime pour avoir une action sédative. Si l'on admet que cet alcaloïde soit tonique à dose fractionnée, nous sommes précisément dans les conditions exigées pour la manifestation de la propriété tonique. A haute dose, au contraire, c'est-à-dire dans son mode d'administration pour couper les fièvres d'accès et arrêter les phlegmasies, la quinine est alors en proportion assez grande dans le quinquina en substance pour nous permettre de ne tenir qu'un compte secondaire du principe amer. Quant à l'alcaloïde comme tonique, on ne le donnera guère que dans les circonstances que nous avons citées, dans les convalescences traînant en longueur, avec allanguissement des propriétés digestives : encore, dans ces cas, où, bien entendu, on le donnera à petite dose, pourra-t-on le remplacer par d'autres agents.

Le quinquina, au contraire, sera généralement indiqué chez les vieillards surtout, que nous voyons si souvent tomber dans l'état typhoïde, dans la débilité, l'anémie, l'éréthisme nerveux, voire même dans la chlorose, dans les affections adynamiques, dans les maladies qui tournent à la putridité, dans les longues convalescences, après les hémorrhagies qui ont amené un affaiblissement considérable, etc. C'est un fait vulgaire, en chirurgie, que c'est le quinquina qu'on emploie comme antiseptique et non les alcaloïdes. Dans la fièvre typhoïde, par exemple, le quinquina et le sulfate de quinine sont appelés à remplir des indications différentes. Une grande quantité de quinquina arriverait bien au même but que la quinine, à la sédation nerveuse; mais pour cela il faudrait donner une quantité d'écorce incompatible avec l'état des organes digestifs. Cette écorce sera, au contraire, donnée comme tonique : c'est dans un tel but que Monro, Pringle, Hildenbrand, l'administraient dans le typhus, bien plutôt que pour arrêter les grandes perturbations nerveuses. Broussais dit aussi très-explicitement que le quinquina est indiqué dans la gastro-entérite typhoïde, quand le filet de sang est trop exigu à la suite des hémorrhagies excessives, provoquées, ou accidentelles, pour animer le cœur et rendre le canal digestif capable de faire l'absorption.

Quant à la quinine, elle répond à des indications que nous avons nettement formulées : sédatif direct du système nerveux, ce médicament est spécifique dans les fièvres paludéennes, et convient, en général, sauf exceptions dictées par les circonstances, dans toutes les maladies qui viennent à s'accompagner de désordres nerveux fonctionnels, non liés nécessairement à la maladie dans le cours de laquelle ils se manifestent. Je m'explique : dans la méningite, par exemple, les enveloppes cérébrales enflammées suscitent une irritation de l'organe qu'elles recouvrent, irritation qui se trahit par les symptômes que chacun sait. Ces symptômes sont si constants que c'est par eux qu'on juge que les méninges sont enflammées : le sulfate de quinine n'y peut rien. Mais si, dans le cours de la maladie, surviennent ces intermittences de délire furieux, on pourra, à bon droit, demander quelque chose à ce médicament. Dans la fièvre typhoïde, il y a, outre l'intoxication du sang, une atteinte portée aux fonctions nerveuses et une réaction contre l'action stupéfiante; mais qu'il arrive de ces effrayants désordres avec délire violent, on pourra alors, surtout s'ils présentent des intermittences régulières, s'adresser encore à l'alcaloïde quinique avec un espoir fondé. Seulement, dans ces maladies, il devra être employé avec plus de persévérance que dans les fièvres paludéennes, à cause de l'imminence incessante du retour des accès sous l'influence de la maladie qui les a produits la première fois et qui continue son cours. Comme le prouvent nos observations, les exacerbations nerveuses seront arrêtées, tandis que la maladie mère poursuivra ses périodes. En un mot, la quinine sera un palliatif et non un curatif, comme dans les fièvres

paludéennes. Entendons-nous sur le mot palliatif : l'affection principale sera dégagée d'une complication fâcheuse, mais ne sera pas guérie.

Mais si l'alcaloïde quinique est de la grande classe des sédatifs nerveux, pourquoi ne pas l'employer dans tous les cas où ce système est affecté d'une maladie ou d'accidents passagers sthéniques quelconques, intermittents, rémittents ou même continus ? Voici pourquoi. Dans ces circonstances si multiples, il ne jouit que d'une vertu analogue à celle de ses congénères, qui, avouons-le, sont souvent sans puissance pour réprimer les manifestations pathologiques ; mais dans les fièvres paludéennes, il est spécifique. Or, ne pouvant juger si le désordre fonctionnel est de telle ou telle nature, nous sommes réduits, à défaut de mieux, à ne prendre en considération, pour ce jugement, que l'apparence saisissable, que le type. Eh bien ! la fièvre paludéenne ayant pour caractère très-général l'intermittence régulière, nous pourrons penser que les désordres nerveux qui accompagnent une maladie sont d'une nature plus ou moins analogue à la fièvre des marais, alors qu'ils affectent un type semblable au sien ; de là nous conclurons qu'ils sont répressibles par les mêmes agents thérapeutiques. Si ce raisonnement inspire quelque méfiance, je renvoie aux faits.

Cette manière de voir doit nous mettre en garde, *a priori*, contre l'extension de l'usage de la quinine aux affections dans lesquelles l'élément nerveux n'apparaît point par intermittences régulières. Mais cela n'est qu'une présomption, très-spécieuse, il est vrai ; car, répétons-le bien, nous jugeons de la nature par la forme, dans l'impossibilité où nous sommes de faire mieux, et ce jugement n'est pas sans appel. Nous voyons bien réussir l'alcaloïde dans le rhumatisme articulaire qui n'est point franchement intermittent ; mais le tartre stibié, mais l'opium, mais le nitrate de potasse à haute dose, substance qui n'est certes pas un simple diurétique ; mais tous ces médicaments, dis-je, produisent également de bons effets, à divers degrés.

Voici quelques observations qui m'ont paru assez curieuses, et trois cas de méningite dans lesquels le sulfate de quinine remplit efficacement les indications que nous avons spécifiées, c'est-à-dire arrêta les accès tout en laissant la maladie parcourir ses périodes.

Obs. I. — J'ai vu à Lyon, dans les salles de vénériens, un soldat auquel on avait fait l'opération du phimosis par simple incision ; une artériole donna un peu au moment de l'opération, puis le jet s'arrêta et on ne fit pas de ligature. Quelques jours après, le malade était un peu souffrant, et l'on s'aperçut que chaque soir l'artère donnait de manière à salir complétement le petit appareil et même à tacher le lit. Je dis, en plaisantant, à M. le chirurgien-major Poullain : donnez le sulfate de quinine, puisque l'hémorrhagie est régulièrement intermittente. Et le sulfate de quinine fut donné, et l'hémorrhagie s'arrêta. Pourquoi s'arrêta-t-elle ? Est-ce parce qu'elle était intermittente, et l'alcaloïde aurait-il une action directe sur les hémorrhagies ? Pas le moins du monde : notre malade avait chaque soir un petit accès fébrile, et pendant la période d'excitation sanguine, le caillot était chassé et le sang coulait. La fièvre arrêtée, plus d'hémorrhagie.

Obs. II. — Nous avons eu, dans le même hôpital, salle 15, un militaire atteint de cancer du pylore assez bien caractérisé. Il traînait depuis longtemps déjà à l'hôpital, éprouvant des douleurs lancinantes irrégulières, quand il fut pris tout à coup de douleurs atroces qui lui causaient parfois des sueurs froides et revenaient soir et matin avec régularité, l'accès du soir étant plus court, mais plus douloureux. Cela ressemblait fort à une névralgie. Le sulfate de quinine fut donné et bien supporté. L'accès du soir disparut entièrement, celui du matin diminua et perdit de sa régularité. Le malade fut réformé, je crois, ou envoyé en congé de convalescence de six mois ; mais son cancer n'était nullement amélioré, seulement les douleurs intermittentes avaient disparu.

Obs. III et IV. — En 1841-42, il y eut en France, particulièrement parmi nos militaires, une vaste épidémie de méningite cérébro-spinale qui jeta ses ramifications dans presque toutes nos provinces, et dont les foyers principaux furent, en première ligne, Strasbourg, Versailles, Metz ; en seconde, Avignon, Lyon, etc. (1). Le 29e de ligne, sur lequel la maladie avait sévi avec fureur à Strasbourg, fut envoyé en garnison à Lyon, et nous offrit une quinzaine de cas de méningite, sans compter ceux qui furent fournis par d'autres régiments. M. le docteur Durant, médecin adjoint, nous a dit avoir fait disparaître presque entièrement le délire nocturne furieux et avoir conduit les malades à bonne fin, à l'aide du sulfate de quinine. Dans le service de M. Peysson, auquel nous étions alors attaché, nous eûmes deux cas semblables, salle 15 ; en voici le résumé :

Invasion caractérisée par du malaise, des douleurs dans les membres, une céphalalgie très-intense, l'anorexie complète et une soif intense. Au début, pouls fréquent et développé, face congestionnée chez l'un, céphalalgie, sens très-impressionnables et douloureux sous l'action de leurs excitants naturels ; strabisme chez l'un, pupille contractée chez l'autre ; envies de vomir, quelques vomissements et quelques divagations, puis mouvements automatiques continuels des bras et des jambes ; constipation. Puis les nuits s'accompagnèrent, vers la fin du premier septénaire, d'un délire des plus violents avec cris, mouvements désordonnés. Les antiphlogistiques les plus énergiques, deux saignées de 500 gr., 20 sangsues aux jugulaires, des ventouses scarifiées sur le rachis, pour l'un ; trois saignées, 40 sangsues, huit ventouses scarifiées, pour l'autre ; de la glace continuellement sur la tête de l'un et de l'autre, et quelques révulsifs, avaient été impuissants. Le sulfate de quinine fut donné à la dose de 3 à 5 décig. par jour, et les paroxysmes s'améliorèrent rapidement sans disparaître cependant tout à fait : pendant le jour, les malades étaient tranquilles, avaient leur intelligence presque complète, et n'offraient que quelques spasmes rares, toniques chez l'un. La maladie était favorablement jugée vers le vingtième jour.

(1) Voyez Recueil de mémoires de méd., chir. et phar. militaires, t. LIV, p. 1. Mémoire de M. Casimir Broussais.

Obs. V. — Chambel, du 2e régiment du génie, âgé de 23 ans, de moyenne constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, entra à l'hôpital militaire de Metz, salle des cliniques, n° 29, le 20 janvier 1844. Il souffre depuis huit jours de céphalalgie tolérable pendant la journée, mais qui s'exaspère beaucoup la nuit; il est, du reste, sujet aux maux de tête, et a déjà été traité pour une maladie semblable à celle qu'il présente, nous dit-il. Intelligence et sensibilité normales. (Pr. : diète; sin., lim. tartr., lot. réfrigér. sur le front.)

Le 21. Le malade a peu dormi, et a beaucoup souffert de la tête la nuit; il souffre encore un peu; pouls un peu fréquent et dur. (Pr. *ut supra;* saignée de 500 gr.; le lendemain, le sang offrit un caillot peu rétracté, sans couenne.)

Le 22. Meilleure nuit, moins de céphalalgie, pouls encore un peu raide. (D.; lim. tart.; 4 vent. sc. aux tempes.)

Le 23. Nuit moins bonne; la céphalalgie persiste dans la journée. (Dix sangsues au-dessous de chaque oreille.)

Le 24. Pendant la nuit, Chambel a été pris d'un violent délire, avec agitation continuelle, gémissements et vociférations; il est même tombé de son lit. A la visite du matin, le délire a presque entièrement disparu; Chambel répond, mais avec peine, aux questions qu'on lui adresse; son facies est altéré, la pupille dilatée, la tête fortement étendue sur le dos. On avait d'abord cru à une fièvre larvée céphalique; on diagnostique actuellement une méningite, surtout en s'aidant de la constipation assez opiniâtre qu'a présentée le malade, mais dont il ne s'est pas plaint; je ne sache pas qu'il ait eu des vomissements. (D.; lim. tart., saignée de 400 gr., et douze vent. scar. le long des épines vertébrales du cou et du dos, deux vésicatoires aux jambes et cataplasmes sinapisés aux cuisses, potion avec 1 gr. de sulfate de quinine. La saignée ne donna que 100 grammes, et les ventouses ne tirèrent pas non plus beaucoup de sang.)

Le 25. Nuit fort agitée, le délire continue jusque vers onze heures du matin; il est suivi de rémission et d'un peu de stupeur. On est obligé de sonder le malade pour donner issue aux urines. Quelques mouvements convulsifs, aucune paralysie extérieure. (D.; eau gom., pot. quin. 12 décigr., glace sur la tête.)

Le 26. L'agitation et le délire ont presque tout à fait disparu la nuit; le malade est un peu abattu le matin; il se plaint d'un violent point de côté et d'une grande gêne dans la respiration; le pouls est fréquent, tendu. (Saignée de 500 gr. qui fut un peu couenneuse, quatre vent. sc. sur la poitrine.)

Le 27. Absence totale de délire la nuit; pendant le jour, l'intelligence est nette et la céphalalgie très-peu de chose; la douleur pleurétique est moindre. (Pot. stib., infus. tilleul éd., lav. pour remédier à la constipation qui a continué. Le malade disant avoir de l'appétit, on lui donne du bouillon coupé. On l'a sondé deux fois par jour depuis le 25.)

Les 28 et 29. Les fonctions cérébrales s'exercent bien, et l'état du malade serait satisfaisant si la paralysie de la vessie ne continuait. Il se plaint de douleurs dans différentes parties du corps, douleurs s'exaspérant par les mouvements. (Quatre vent. sc. le long du rachis, et cinq sangsues derrière chaque oreille.)

Le 30. Cessation de la paralysie de la vessie; le malade est très-bien. Le 12 février, il ne lui reste plus qu'un peu de faiblesse, et l'on juge qu'il sortira parfaitement guéri.

Mais Chambel, arrivé à ce degré, eut une pleuro-pneumonie qui ne céda qu'imparfaitement aux antiphlogistiques, et offrit bientôt tous les signes d'une phthisie pulmonaire qui le conduisit à un marasme de plus en plus prononcé. A la fin de mars, il avait perdu l'usage de la parole et la mémoire; par intervalles il pouvait pourtant commencer quelques phrases qui faisaient voir que son intelligence était conservée, mais il ne pouvait achever aucune période, et se plaignait lui-même de ne pouvoir nouer ses idées et d'avoir perdu tout souvenir; rien, du reste, du côté de la sensibilité, de la motilité, des organes génitaux; assez bonne digestion de quelques aliments légers qu'on lui donne. (Quatre cautères à la nuque.)

On avait diagnostiqué, dans cet état de choses, que la méningite n'était qu'un accident intercurrent d'une vieille affection cérébrale, et M. le professeur Gasté avait même émis l'idée que des tubercules pourraient bien exister dans le cerveau. L'autopsie justifia cette assertion, Chambel étant mort le 5 avril après avoir présenté jusqu'à la fin les mêmes phénomènes avec gémissements, surtout la nuit.

Quatre à cinq cuillerées à café de sérosité dans l'arachnoïde, qui nous a paru un peu rugueuse. Une douzaine de tubercules crus, gros comme des pois, sont disséminés dans la pulpe des hémisphères parfaitement saine à l'entour; la plupart sont situés superficiellement sous les méninges. Le cervelet se trouve presque entièrement occupé par six tubercules du volume de balles de calibre, et de la couleur et de la consistance d'une pomme de terre jaune crue. Un peu de sérosité dans les ventricules latéraux; un peu plus dans le cinquième ventricule qui est distendu. Ramollissement diffluent de la partie postérieure de la voûte à trois piliers. Poumons farcis de tubercules presque tous peu avancés; ganglions bronchiques tuméfiés, suppurés, tuberculeux, mélanosés; tubercules dans les reins, dans la rate superficiellement; un autre assez concret dans la paroi de l'oreillette gauche, plusieurs sous le périoste du radius, de l'os des îles, dans les fessiers, et volumineuses masses ramollies sous-cutanées, tumeurs qu'on avait prises pendant la vie pour des abcès froids.

On nous pardonnera d'avoir rapporté cette observation *in extenso;* car, outre que la quinine a rempli les indications que nous avons formulées, nous y trouvons une dissémination tuberculeuse fort rare, et nous pouvons en tirer quelques probabilités au sujet des fonctions dévolues à différentes parties de l'encéphale.

(*La suite au prochain n°.*)

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

3. *Etudes sur le chyle ;* par F. Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite : voir Encycl., t. 145, septembre 1844, p. 1.)

(Gazette médicale de Paris, N° 37.)

VIII. — *Physiologie intime du chyle.*

Au premier aspect, ce liquide ne paraît devoir susciter d'autres observations que celles qui se rapportent à ses caractères physico-chimiques ou aux circonstances de sa formation ou de son cours. En effet, il parcourt des voies peu étendues avant d'arriver à sa destination, et dans son trajet il ne paraît se lier à aucune fonction spéciale ; tous ses usages semblent se résumer dans son addition au fluide sanguin, avec lequel il s'assimile et dont il répare les pertes.

Toutefois, si l'on recherche avec attention les modifications dont le chyle présente des traces graduellement croissantes, on ne tarde pas à reconnaître que ce liquide est le siége d'un travail vital, intime et profond, qui change la proportion et jusqu'à un certain point la nature de ses éléments. L'ensemble et la succession de ces modifications, ainsi que leurs causes et leur but, constituent la physiologie spéciale du chyle. On peut à bon droit essayer pour ce liquide la solution de la question que Legallois s'était adressée pour le sang, et l'on arrive à cette conclusion, que le chyle n'est pas identique dans les vaisseaux qu'il parcourt.

Constatons d'abord la non identité du liquide, puis nous arriverons à l'indication des moyens et du but de ce changement.

La chylification, plutôt préparée qu'exécutée dans l'intestin, se poursuit dans les voies du chyle et n'est achevée que lorsque celui-ci possède ses caractères définitifs et complets. Aussi le chyle des vaisseaux lactés n'est-il pas le même que celui du canal thoracique. Dans les vaisseaux lactés, la coloration est généralement plus blanche et plus opaque, la coagulabilité est faible, la partie aqueuse ne tient en suspension que des globulins et des granulations adipeuses ; dans le canal thoracique, la teinte opaline s'est nuancée d'une couleur rosée, qui finit par dominer au contact de l'air et par se changer en une couleur écarlate. Le plasma est complétement formé et s'isole du sérum albumineux sous la forme d'un caillot qui emprisonne des globules. Les granulations adipeuses ont évidemment diminué de quantité, et tous ces caractères différentiels sont d'autant plus prononcés qu'on se rapproche davantage de l'embouchure du canal thoracique, ainsi qu'on le démontre en examinant du chyle compris entre des ligatures distribuées sur la longueur de ce canal. Mais les différences entre les caractères du chyle, considérés suivant la partie du canal thoracique où il est arrivé, sont bien moins sensibles que celles qui existent entre le chyle de ce même canal et celui des vaisseaux lactés. Entre les deux moitiés du trajet, la différence est presque brusque ; entre elles se trouvent les ganglions du mésentère. Avant ces organes, prédominance de graisse, existence de globulins, incoagulabilité ; après eux, diminution de la graisse, coagulabilité, existence de globules. Nul doute, par conséquent, que ce changement ne s'opère pendant que le chyle les traverse et subit leur action.

Ainsi, à n'en juger que par la différence des caractères du chyle en deçà et au delà des ganglions mésentériques, il est rationnel de supposer que c'est dans leur tissu que le chyle se modifie. Diverses considérations viennent à l'appui de cette opinion.

L'existence même des ganglions mésentériques peut être considérée comme une preuve d'une action sur le chyle, de même que celle des ganglions lymphatiques ordinaires est un motif d'admettre une influence quelconque exercée sur la lymphe. Mascagni fait remarquer qu'aucun vaisseau n'aboutit au canal thoracique sans avoir traversé des ganglions, et tous les anatomistes ont observé que ces organes sont d'autant plus nombreux qu'on se rapproche davantage des troncs de terminaison du système absorbant. Les ganglions du mésentère, placés sur le trajet des vaisseaux qui reçoivent essentiellement les matériaux de l'organisme, sont à la fois les plus volumineux et les plus nombreux, et le chyle est même obligé, comme le fait observer Burdach, d'en traverser plusieurs places à la suite les unes des autres.

Leur structure surtout permet de déduire rationnellement que le chyle subit un changement dans leur tissu. En effet, l'organisation des ganglions, loin d'accélérer le cours du chyle, comme le croyaient quelques anciens anatomistes, qui allaient jusqu'à leur reconnaître des fibres musculaires, ne peut, au contraire, que le ralentir, et cette circonstance est favorable à une réaction intime des éléments du chyle, à un achèvement d'organisation, ou à une modification exercée sur eux. Presque tous les anatomistes s'accordent aujourd'hui à considérer les ganglions comme des plexus vasculaires. Cette opinion, exprimée déjà dans Albinus, Ruysch, Hewson, Mascagni, etc., a été mise hors de doute par plusieurs modernes, et principalement par A. Lauth. D'après cet habile anatomiste, qui a déposé ses belles préparations au musée de Strasbourg, où nous avons pu les étudier, les lymphatiques qui doivent former les ganglions se divisent subitement, à la manière des artères, en rameaux d'une petitesse extrême, qui communiquent les uns avec les autres, et se réunissent enfin de nouveau en un ou plusieurs troncs, après avoir communiqué avec des veines. Tous ces vaisseaux sont unis entre eux par un tissu cellulaire fin et serré, de manière à constituer un peloton représentant un corps assez résistant. Le chyle ne saurait traverser ces plexus ou labyrinthes vasculaires sans être ralenti dans sa progression, ce dont on peut juger du reste par le temps d'arrêt des injections mercurielles lorsque le

métal arrive aux ganglions. On peut même sur des animaux vivants constater le stationnement du chyle dans l'intérieur des ganglions mésentériques. Il nous est plusieurs fois arrivé en examinant le mésentère sur des animaux dès les premiers temps de la chylification, de trouver les lymphatiques qui partent du commencement de l'intestin, pleins de chyle, ainsi que les ganglions auxquels ils vont aboutir, tandis que le canal thoracique ne contenait encore que de la lymphe incolore. On sait, en outre, que les ganglions se gonflent notablement par l'arrivée du chyle qui distend leur enveloppe et leur donne une couleur blanche.

Le ralentissement du cours du chyle et les conséquences physiologiques qui s'y rattachent ne sont pas les seuls effets du passage du chyle dans les ganglions. Ces derniers sont pénétrés de vaisseaux sanguins artériels et veineux auxquels on a attribué une influence sur le chyle.

Des vaisseaux artériels déliés, mais nombreux, pénètrent dans les ganglions en s'y subdivisant, et leurs rapports deviennent si intimes avec les chylifères agminés en plexus qu'il n'est pas étonnant qu'on leur ait attribué une action sur le contenu de ces derniers. Weber et Burdach pensent qu'à travers les parois de ces vaisseaux adossés le sang et le chyle agissent l'un sur l'autre par une cession mutuelle de matériaux. Haller et Mascagni ont admis qu'un liquide était sécrété du sang dans l'épaisseur des ganglions et qu'il se mêlait avec le chyle. La présence d'un liquide sécrété est assez évidente.

Malpighi, Wharton et Nuck avaient reconnu aussi l'existence de ce fluide que Bichat assimilait aux liquides interstitiels de la thyroïde et du thymus, et que M. Magendie a décrit plus récemment sous le nom de *fluide propre aux glandes mésentériques*. Ce physiologiste dit l'avoir rencontré en abondance chez des suppliciés avec les caractères d'un fluide transparent et inodore principalement renfermé au centre des ganglions. Sa transparence ne nous paraît pas être un caractère constant; sur plusieurs animaux, nous l'avons trouvé d'une coloration foncée et contribuant à former au centre du ganglion une tache brune. Sur un cadavre de nègre, nous l'avons vu notablement chargé de matière mélanique. Ce fluide n'a pas été examiné chimiquement. Au microscope, il présente une foule de granulations extrêmement déliées et suspendues dans un véhicule comme une poussière très-divisée. Un fluide analogue existe dans tous les ganglions lymphatiques, ce qui justifie jusqu'à un certain point le nom de glandes qu'on leur avait donné; mais M. Breschet affirme avec raison qu'il existe en plus grande quantité dans les ganglions mésentériques. Ce fluide est-il versé dans la cavité même des lymphatiques ou dans les cellules du tissu qui est interposé entre ces vaisseaux? M. Lauth pense qu'il est contenu dans la cavité même de ces derniers, qui se dilatent par intervalles et dont l'augmentation simule des cellules. D'autres anatomistes regardent les vacuoles des ganglions comme ayant une existence indépendante. Ce point délicat d'anatomie n'est pas encore bien connu; mais l'examen microscopique du liquide nous autorise à penser que le fluide des glandes du mésentère n'est point contenu dans la cavité même des vaisseaux lymphatiques; car dans ce cas il serait nécessairement mélangé avec le chyle, et l'on y reconnaîtrait les caractères de ce dernier liquide, notamment les granules graisseux que nous n'y avons pas observés. Ce fluide nous a toujours paru fortement alcalin; il pénètre par endosmose dans les voies du chyle et agit sur ce dernier en augmentant son alcalinité. En même temps, il favorise la diminution de sa matière grasse, sans doute en la faisant entrer en combinaison avec la base alcaline qu'il lui présente et en la rendant soluble.

Les ganglions mésentériques ont des rapports si intimes avec le système veineux qu'on est porté à attribuer à cette circonstance une influence presque nécessaire sur la constitution du chyle. Il a fallu passer par de nombreuses erreurs et des hésitations non moins prolongées pour déterminer les véritables relations anatomiques et physiologiques du système lymphatique et du système veineux qui en est l'aboutissant. Les discussions soulevées sur cette question étant en dehors du sujet que nous traitons, nous nous bornerons à signaler les résultats qui nous intéressent et qui sont surtout acquis à la science depuis les travaux qui ont détruit la fable anatomique de M. Lippi sur les communications directes des vaisseaux lymphatiques avec divers troncs veineux. Il résulte des recherches d'un grand nombre d'anatomistes, et particulièrement de celles de Fohmann, Lauth et Panizza, que les communications autres que celles qui résultent de l'abouchement des derniers troncs lymphatiques dans le système veineux ne sont pas celles qu'indique M. Lippi, mais qu'elles sont établies au sein même des ganglions lymphatiques. Quel que soit le mode de cette union, qu'elle ait lieu par un abouchement direct des deux ordres de vaisseaux, comme le pensent Fohmann et Lauth; que ce soit par le moyen de porosités organiques, comme le pensent Panizza et Muller, il est du moins bien démontré par des injections de mercure que ce métal passe sans effort, et sans qu'il y ait déchirure, de l'intérieur des ganglions dans les radicules des veines mésentériques. Fohmann prétend que cette communication est surtout évidente dans les ganglions du mésentère rassemblés pour former la masse connue sous le nom de *pancréas d'Asellî*, et ajoute que, chez le chien et le phoque, le chyle porté dans ces ganglions n'a d'autre affluent que les veines. Mais Rosenthal avait déjà démontré qu'il existe chez le phoque un lymphatique afférent volumineux, et Panizza a fait depuis la même remarque sur le chien.

La possibilité d'une facile pénétration du chyle dans les veines des ganglions mésentériques permet de se rendre compte de plusieurs phénomènes importants.

Puisque l'absorption des corps gras alimentaires s'opère à la surface intestinale à l'aide des vaisseaux lymphatiques, et qu'on trouve une proportion notable de matière grasse dans le sang de la veine porte, ainsi que l'ont démontré les recherches de Schultze, on est conduit à conclure que cette matière grasse provient directement du chyle qui s'est introduit dans le système veineux, à son passage dans les ganglions mésentériques. Ce mélange donne l'explication de ces lignes ou traînées blanches indiquées

dans le sang de la veine porte par Glisson et Swammerdam, et qui ont encore été signalées par divers observateurs modernes. Ainsi le chyle, en traversant les ganglions mésentériques, perd en partie l'apparence laiteuse qu'il possédait au plus haut degré dans les vaisseaux lactés. Or, la diminution de sa teinte opaline provient d'abord de ce qu'une partie de sa matière grasse devient soluble en contractant une combinaison savonneuse avec l'alcali fourni par le fluide des glandes mésentériques ; en second lieu, elle dépend d'une soustraction réelle qui est opérée par les radicules de la veine porte. La matière grasse du chyle, entraînée avec le sang qui circule dans ce dernier vaisseau, pénètre avec lui dans le foie, d'où elle est éliminée sous forme d'acide choléïque et de cholestérine ; en sorte que, suivant la juste remarque de M. P. Bérard, le chyle fournit, d'une manière éloignée, des matériaux à la sécrétion biliaire.

Il n'est pas démontré que le chyle reçoive à son tour des éléments provenant directement du sang de la veine porte, et qu'ainsi il y ait échange immédiat et réciproque entre ces deux liquides dans les ganglions mésentériques. Le sang de la veine porte ne pénètre pas dans les lymphatiques, comme le chyle dans les ramuscules veineux ; on peut s'en convaincre par la difficulté qu'on éprouve à remplir les lymphatiques, lorsqu'on pousse une injection, pour si déliée qu'elle soit, dans la veine mésentérique contrairement à la direction du sang. Panizza, qui a multiplié ses expériences sur tous les points qui se rattachent à cette question, n'a jamais vu, ni chez l'homme, ni chez d'autres animaux, les injections poussées par les veines mésentériques passer dans les vaisseaux lymphatiques. Nous serions tenté d'attribuer cette difficulté à des valvules placées dans les racines veineuses des ganglions, nous fondant par l'analogie sur les observations de Bauer et de H. Cloquet, qui ont reconnu des valvules dans quelques rameaux d'origine de la veine porte, notamment dans les vaisseaux courts.

Le chyle, examiné au-delà des ganglions, subit encore quelques modifications par son mélange avec la lymphe qui vient des parties inférieures du corps, ou bien avec celle des organes qui sont placés à la même hauteur que le canal thoracique. Cette lymphe apporte dans le chyle les globules particuliers qu'elle tient en suspension et de la fibrine à l'état de dissolution. En même temps, les éléments du chyle continuent à subir, pendant son cours dans le canal thoracique, un travail graduel de transformation qui le rend de plus en plus semblable au sang avec lequel il va bientôt se confondre.

Les physiologistes et les chimistes ont généralement admis que les modifications successives observées dans l'état du chyle renfermé dans le canal thoracique tenaient à ce que l'albumine se convertissait peu à peu en fibrine. Dugès a ajouté que la matière grasse se transformait graduellement en matière cruorique. La première opinion présente en sa faveur les analogies chimiques des deux principes immédiats. Une partie de l'albumine transformée en fibrine reste en dissolution dans le sérum, où elle constitue le *plasma* ou liqueur du chyle, qui se sépare pour former le caillot au moment de la coagulation. Une autre partie de l'albumine disparaît encore en se condensant et se fixant autour des globulins qui tendent à devenir globules. Un ou plusieurs globulins servent de noyau, et l'albumine se solidifie en leur formant une enveloppe. On s'explique, par cette destination de l'albumine, non-seulement l'augmentation proportionnelle de fibrine, mais encore l'accroissement en nombre et en volume des globules chyleux que l'observation microscopique montre d'autant plus abondants et développés qu'on s'approche davantage de la veine sous-clavière. Quant à l'opinion d'après laquelle la matière grasse serait transformée en hématosine, on ne peut la considérer que comme une explication peu acceptable ; car, outre qu'elle n'est pas appuyée sur les analogies chimiques, le fait de la diminution de la graisse et de l'apparition du cruor s'explique, d'une part, en considérant l'action qu'exercent les veines mésaraïques au sein des ganglions, ou le passage de la matière grasse à l'état soluble, et, d'une autre part, en remarquant que la couleur propre de l'hématosine fournie par les aliments, de moins en moins voilée par la disparition de la matière grasse, devient de plus en plus reconnaissable, jusqu'à ce qu'elle soit enfin évidente et définitive, lorsque le chyle subit le contact de l'air dans les poumons, ou lorsqu'on l'extrait directement de ses réservoirs.

Ainsi modifié, le chyle, sur le point d'être déversé dans le sang, participe déjà à plusieurs de ses propriétés et représente du sang en puissance. C'est une des formes transitoires par lesquelles passe la matière organique avant d'être apte à la nutrition ; mais déjà la vie propre de l'organisme a pénétré dans ce liquide dont la destination est si importante. Les manifestations vitales du chyle s'expriment d'abord par l'origine et l'organisation des globules qui se perfectionneront ensuite dans le sang. Le chyle est le foyer de formation de ces corpuscules dont le rôle est encore enveloppé de beaucoup d'obscurité, mais qui apparaissent à l'observateur comme des parties de l'organisme ayant une existence indépendante et jouissant pour ainsi dire d'une vie individuelle au sein de la vie générale, c'est-à-dire ayant un commencement, un état complet de formation et une fin. Aussi plusieurs physiologistes les ont-ils considérés comme des organismes distincts, et Carus a été jusqu'à les regarder comme susceptibles de mouvements spontanés exerçant une influence sur la direction qu'ils prennent dans le liquide où ils sont suspendus. Ces idées spéculatives ne nous serviront pas d'argument pour établir la vitalité du chyle. Celle-ci, déjà démontrée par les changements successifs qui s'opèrent en lui, est encore rendue sensible par le phénomène de la coagulation lorsque le liquide est extrait de ses vaisseaux. Cette coagulation a lieu, ainsi que nous l'avons vu, d'après le même mécanisme et avec les mêmes circonstances que celle du sang. La fibrine dissoute jouit des mêmes propriétés vitales, et lorsque du chyle est accidentellement épanché dans les tissus, sa présence est tolérée. Nous avons introduit du chyle recueilli sur un lapin dans l'abdomen d'un autre lapin, sans qu'il soit survenu le plus léger trouble fonctionnel. Ayant examiné l'animal quelques jours après, nous n'avons trouvé aucune trace de la présence du chyle : il avait été complétement résorbé

sans produire la moindre inflammation locale. Hunter avait pensé *à priori* que dans les cas d'extravasation chyleuse, ce liquide pouvait produire une adhérence entre les surfaces dont il remplissait l'intervalle; mais il observa les mêmes résultats qui viennent d'être énoncés. « Ayant ouvert l'abdomen d'un chien, dit-il, je fis une ponction à l'un des vaisseaux lactés les plus volumineux, à la naissance du mésentère, et il s'écoula une assez grande quantité de chyle : je mis alors cette partie en contact avec une autre partie du mésentère, afin de voir si elles s'uniraient, comme cela a lieu par l'intermédiaire du sang extravasé; mais aucune adhérence ne s'effectua. » Ce résultat négatif ne détruit pas les analogies du chyle et du sang; car Hunter avait beaucoup généralisé le pouvoir adhésif du sang. Ce n'est pas lorsque ce liquide est interposé en masse entre les tissus qu'il opère le mieux leur réunion, mais lorsque sa fibrine seule s'est séparée de ses autres éléments sous le nom de *lymphe plastique*.

Les usages du chyle se déduisent facilement de sa ressemblance avec le sang. Ils consistent évidemment dans la régénération de ce dernier fluide diminué par les secrétions qui s'accomplissent d'une manière incessante. Les conclusions énoncées plus haut, touchant l'absorption de la matière alibile par les vaisseaux chylifères établissent cet usage avec assez de certitude pour que nous n'ayons pas besoin de fournir de nouvelles preuves à sa démonstration. Nous devons nous borner seulement à expliquer certaines apparences contradictoires révélées par l'anatomie pathologique ou par la physiologie expérimentale. Il est des cas, en effet, où l'on a vu le canal thoracique oblitéré sans que la mort soit survenue par inanition. Ainsi Browne-Cheston a trouvé le canal thoracique rempli de substance calcaire; Nasse et Krimer l'ont vu oblitéré par de la matière tuberculeuse; Rust l'a vu converti en une masse sarcomateuse; A. Cooper y a rencontré, de son côté, des productions fongoïdes qui s'opposaient au passage du chyle; et bien que dans ces divers cas il y eût émaciation considérable, la vie avait pu néanmoins se maintenir bien au-delà du terme que laisse l'influence de l'inanition. Mais A. Cooper, qui s'est livré à des recherches anatomiques minutieuses sur les sujets qu'il a eu l'occasion d'observer, a reconnu que l'impossibilité de l'arrivée du chyle jusqu'au système veineux n'était qu'apparente et qu'il existait des voies de communication supplémentaires entre la partie inférieure du conduit thoracique et la portion libre au-dessus de l'obstacle. Wutzer a également constaté que dans un exemple de ce genre le cours du chyle avait pu se maintenir à la faveur d'une anastomose anormale entre la partie inférieure du canal thoracique et la veine azygos.

La continuité de la vie après la ligature du canal thoracique ne constitue pas davantage une dérogation aux faits établis; car on s'explique avec facilité la non interruption du cours du chyle quand on analyse les conditions dans lesquelles les expériences ont été pratiquées. Des dispositions accidentelles du canal thoracique, en faisant éluder l'action de la ligature, permettent le maintien de la vie, résultat observé par M. Flandrin, par MM. Leuret et Lassaigne et plusieurs autres expérimentateurs. Les *insulæ* signalées par Haller, la duplicité du canal plusieurs fois rencontrée par Cruishank, et d'autres variétés que l'on trouve mentionnées dans l'excellent ouvrage de M. Breschet, permettent de comprendre comment les animaux n'ont eu quelquefois à souffrir que du traumatisme de l'opération, sans conséquences graves pour la nutrition. Dans ces cas, une seule des divisions du canal thoracique avait été comprise dans la ligature, et le chyle parvenait sans difficulté dans le courant veineux par la voie intacte. C'est du reste un fait que Dupuytren a pu apprécier sur des chevaux qui avaient survécu à la ligature du canal thoracique. Lorsque de pareilles anomalies n'existent pas, les animaux succombent avec la plupart des caractères de la mort par inanition, ainsi que l'avait observé Duverney. Ces faits établissent la contr'épreuve de la nécessité des conditions anormales pour le maintien de la vie. Dans les expériences d'A. Cooper, où les voies du chyle étaient dans un état régulier, la mort fut prompte, et, à l'autopsie de l'animal, le conduit thoracique fut trouvé dilaté ou rupturé au-dessous de la ligature. La mort survient aussi lorsqu'un obstacle permanent, au lieu de porter sur le canal thoracique, siége sur d'autres points, dans les ganglions mésentériques par exemple. Mais, pour que ce résultat ait lieu, il faut que le plus grand nombre des ganglions soit affecté, et que leur altération soit ancienne et profonde; car Sœmmering s'est assuré que, dans l'engorgement de ces ganglions, il n'y avait pas toujours oblitération complète des vaisseaux. Une absorption supplétive peut d'ailleurs s'établir temporairement, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Le dernier point de la physiologie intime du chyle consiste à déterminer les résultats de son mélange avec le sang et la succession des phénomènes qui précèdent l'identification des deux fluides. Constatons d'abord que le chyle, quoique très-semblable au sang, ne lui est pas immédiatement assimilé, et que lorsqu'il a été déversé en grande quantité dans le torrent sanguin, ses traces peuvent être reconnues au delà du point de son déversement. Haller, qui l'a vu couler distinctement dans la veine sous-clavière, l'a poursuivi jusque dans le ventricule droit; mais il est facile d'en déterminer la présence beaucoup plus loin. Le passage du chyle dans les capillaires des organes respiratoires ne s'efface même pas immédiatement; car on peut, à l'aide du microscope et même de l'inspection directe, reconnaître encore ses éléments dans le sang artériel, lorsque le chyle est le produit d'une alimentation abondante et chargée de matières grasses. Ainsi, si l'on nourrit de jeunes animaux avec du lait ou avec des aliments très-adipeux, on reconnaît que le sang extrait des vaisseaux presente un aspect blanchâtre caractéristique; et ce phénomène, que nous avons vérifié après beaucoup d'autres observateurs, devient plus prononcé encore lorsque la coagulation s'est effectuée et que le sérum s'est isolé. Celui-ci paraît alors lactescent, et si on le traite par l'éther, il prend une teinte plus claire. Authenrieth prétend que cette lactescence peut se prolonger pendant douze heures.

Les autres éléments du chyle se reconnaissent dans le sang à l'aide du microscope, aussi bien que les granules graisseux. Les dernières recherches sur

la composition microscopique du sang ont prouvé que les globules colorés n'étaient pas seuls en suspension dans ce liquide ; on y reconnaît aussi des globulins qui sont apportés par le chyle, et des globules blancs analogues à ceux qu'on observe dans le chyle et la lymphe. Ces globules se transforment graduellement en globules sanguins colorés. M. Donné assure avoir suivi les phases de cette transformation et avoir reconnu qu'à mesure que la fonction circulatoire s'accomplit, les globulins placés au centre des globules chyleux disparaissent par une sorte de dissolution, que leur forme lenticulaire fait place à celle d'un disque déprimé au centre, et que leur surface admet la matière colorante. Il assure en outre qu'en pratiquant des injections de lait dans le système veineux, on peut suivre de la même manière la modification des globules lactés et leur transformation définitive en globules sanguins. C'est un point délicat de physiologie sur lequel de nouvelles observations sont nécessaires.

IX.—*Physiologie comparée du chyle.*

Nous devons examiner actuellement les différences que présente le chyle aux divers âges de la vie et dans la série animale, afin de compléter son histoire physiologique.

1° *Influence de l'âge sur le chyle.* La première substance à caractères déterminés, qui sert au développement de l'homme, est le fluide de la vésicule ombilicale. Ce fluide, qui n'est pas sans analogies réelles avec le chyle, puisqu'il renferme des globules blancs et une matière grasse, est directement absorbé sans digestion préalable par la veine omphalo-mésentérique. Mayer dit avoir trouvé dans celle-ci, chez des embryons humains, un liquide semblable au contenu de la vésicule elle-même. Mais lorsque l'appareil vitellin est oblitéré et que le placenta s'organise, existe-t-il un chyle véritable chez le fœtus ? M. Geoffroy-St-Hilaire a émis l'idée que le mucus exhalé dans le tube digestif du fœtus était récrémentitiel, et qu'après avoir été sécrété, il était absorbé pour servir à la nutrition. M. Magendie a admis chez l'adulte une pareille action exercée sur le mucus, et a décrit, sous le nom de *chyle du mucus*, un fluide transparent ayant une teinte légèrement laiteuse, qu'il a observé dans les vaisseaux chylifères d'un chien, après douze, vingt-quatre et même trente-six heures d'abstinence absolue. On reconnaît dans ces caractères la plupart de ceux de la lymphe ; et telle est en effet l'apparence du chyle du canal thoracique chez le fœtus. Nasse, qui a examiné ce liquide au microscope, y signale des corpuscules granulés, irréguliers et plus grands que chez l'adulte.

Mais ces caractères n'ont pu être que très-rarement vérifiés ; on n'a pu voir le liquide de l'appareil lymphatique du fœtus que vers les dernières périodes de la vie intra-utérine ; car le système lymphatique se forme très-tardivement, et, d'après les observations de Valentin, les ganglions du mésentère apparaissent encore après tous les autres. M. Breschet leur attribue une disposition analogue à celle des plexus. La production du chyle paraît toutefois être bien réelle au terme de l'existence fatale. Boerhaave dit avoir vu que, chez un enfant dont les parois abdominales s'étaient déchirées au moment de l'accouchement, et avant qu'il eût pris aucune nourriture, le chyle se mouvait dans les lymphatiques du mésentère. Ajoutons qu'il doit exister un véritable chyle pour les physiologistes qui admettent que l'eau de l'amnios est portée dans les voies digestives et sert à la nutrition du fœtus.

Pendant les premiers âges de la vie indépendante, le chyle se fait remarquer par son abondance ; car l'alimentation laiteuse rend sa formation facile. On sait que, chez les animaux auxquels on fait prendre du lait, la digestion et l'absorption sont promptes, tandis que ce n'est que plusieurs heures après l'ingestion des substances solides qu'on reconnaît la réplétion des vaisseaux lactés par le chyle. Chez les animaux à la mamelle, ce fluide présente une grande quantité de granulations adipeuses qui proviennent de l'aliment spécial de cet âge, et qui donnent au chyle une couleur blanche très-prononcée. Nous avons déjà indiqué la possibilité de la persistance de cette coloration opaline dans le sang, dont le sérum est plus ou moins blanc. Le chyle prend des caractères intermédiaires à ceux du lait et du chyle des adultes. Il se coagule faiblement, rougit peu au contact de l'air, et ne contient pas de matière caséeuse.

Chez l'adulte, le chyle se présente avec les caractères qui ont servi de base à notre description ; il est présumable que, chez le vieillard, ses qualités subissent quelque modification. La longueur générale des organes et l'atrophie des glandes mésentériques sont de nature à fortifier cette croyance ; mais elle a besoin d'être vérifiée par l'observation directe.

2° *Du chyle dans la série animale.* Le chyle étant la forme initiale que prend la matière vivante avant de servir à la nutrition, n'est point caractéristique de la vie; mais peut-être pourrait-on le considérer comme caractéristique de l'animalité. Il provient de la substance alimentaire disposée pour la susception moléculaire précédée par la susception de l'aliment en masse. A ce tire, nous pourrions examiner les variations de ce fluide dans tous les animaux ; car, s'il est vrai de dire que le chyle des vertébrés est un sang imparfait dont la matière colorante n'est pas encore formée, ne pourrait-on pas admettre, à plus forte raison, que le fluide nourricier décoloré des animaux invertébrés n'est autre chose qu'un chyle permanent et qui ne subit pas la transformation hématique ? Le fluide nourricier des espèces inférieures, réputé sang blanc, mériterait plutôt le nom de chyle, et l'on réserverait celui de sang pour le fluide nourricier rouge (1). Ces considérations me paraissent se rattacher à plusieurs égards aux principes de philosophie zoologique développés pendant ces dernières années, tant en France qu'en Allemagne, concernant les ressemblances que les animaux supérieurs présentent, aux diverses époques de leur développement, avec les caractères permanents des espèces inférieures. Ce

(1) On ne peut méconnaître que, chez quelques invertébrés, le fluide nourricier s'élève à une seconde puissance organique ; chez les annélides et quelques autres espèces, le sang devient rouge.

qu'on observe pour le développement total de l'individu s'observe aussi pour la constitution du fluide nourricier. Celui-ci débute par une forme simple et représente d'une manière transitoire, chez les vertébrés, un état continu chez les invertébrés. On trouverait ainsi, dans la réparation nutritive de l'individu, une nouvelle application des vues générales qui ressortent des travaux des Tiedemann, Serres, Meckel, Geoffroy-St-Hilaire, et que le génie de Cuvier aurait sans doute acceptées, si, en les décorant du nom de *lois*, on ne leur avait attribué une valeur absolue qui ne pouvait répondre à la rigueur d'un pareil titre.

Toutefois, l'usage a prévalu, et, dans le langage physiologique, on considère comme du sang le liquide renfermé dans les organes vasculaires des *invertébrés*. Quant à leur chyle, il ne peut être l'objet que de notions très-confuses, si on le considère comme distinct du sang; car il n'a point de vaisseaux spéciaux qui permettent de le reconnaître avant sa participation à la formation du sang. Dugès seul a parlé de vaisseaux afférents partant du canal intestinal des annélides et des arachnides, pour se rendre au cœur, rapportant sans doute à la fois, ajoute-t-il, le chyle et le superflu du sang destiné à nourrir l'intestin. Chez les insectes, on peut supposer que le fluide nutritif est filtré à travers les parois de l'intestin. Ce fluide, épanché dans les cavités du corps, se joindrait aux courants que l'on constate en examinant la circulation de ces animaux. A l'appui de cette supposition, Ramdohr et Rengger disent avoir vu suinter, à travers les parois des organes digestifs pendant leur contraction, un liquide ayant les caractères d'une substance albumineuse, insipide, neutre, miscible à l'eau, coagulable par la chaleur et les acides, et dans laquelle le microscope ne fait point apercevoir de globules. Mais ces caractères ne sont guère semblables à ceux que nous connaissons au chyle; d'ailleurs Burdach fait remarquer que, chez les insectes, ce produit ne passe pas dans le sang, ou du moins ne s'y rend pas d'une manière immédiate, qu'on le trouve sous la forme d'un liquide visqueux, un peu épais, blanchâtre, verdâtre ou brunâtre, en partie entre les tuniques de l'organe digestif, en partie dans le tissu adipeux qui enveloppe cet appareil, de manière qu'on ne peut reconnaître en lui du chyle. Si des doutes existent sur la nature de ce liquide, on comprend qu'il doit en être de même à plus forte raison chez les polypes, bien que Schweigger ait remarqué, dans leur cavité digestive et dans les canaux par lesquels les divers individus d'un polypier sont unis les uns avec les autres, un liquide lactescent analogue au chyle, et que, chez les sertulaires en particulier, il ait vu une matière grenue, semblable à celle de l'animal même, monter et descendre dans ces canaux.

Quoique l'examen du chyle des *vertébrés* réclame encore de nouvelles et nombreuses observations, il est cependant l'objet de moins d'incertitude que celui des invertébrés, et chez les mammifères en particulier il a si bien servi de type d'étude, que plus de recherches ont été faites sur les animaux que sur l'homme.

Le chyle des *poissons* a été aperçu par Monro et Hewson, et par des observateurs plus modernes. Il paraît être d'un blanc limpide ou même tout à fait transparent. Wagner, qui l'a examiné au microscope, a trouvé que les globules du chyle, chez le barbeau et l'ammoiete, n'avaient que le quart ou le tiers du plus grand diamètre des globules elliptiques de leur sang. Suivant Monro, il rougit au contact de l'air.

Dans les *reptiles*, le chyle est généralement diaphane, ainsi que cela résulte des observations de Bojanus; cependant, Hewson aurait observé, chez le crocodile, un chyle véritablement lactescent. M. Duvernoy l'a vu aussi d'un beau blanc de lait extrêmement pur, et sans aucune nuance de bleu ou de jaune, dans un trigoncéphale à losanges, dont la muqueuse intestinale était, dit-il, blanchie par ce liquide. Il est à présumer que, chez les reptiles comme chez les poissons, la nature de l'alimentation doit influer sur la couleur du chyle, et que les substances grasses doivent produire chez tous les animaux un effet identique, et faire varier, suivant leurs proportions, la diaphanéité ou la lactescence de cette liqueur. Les globules chyleux des reptiles n'ont pas la forme oblongue de ceux qui appartiennent à leur sang; ils sont d'ailleurs plus petits, et tout fait présumer qu'ils représentent les noyaux de ces derniers.

Chez les *oiseaux*, le chyle a été généralement trouvé transparent comme la lymphe. M. Lauth l'a toujours vu incolore chez les dindons, les poules, les hérons, les cigognes, les goelands, les canards, les oies sauvages et domestiques qu'il a examinés. M. Duméril a vu cependant les vaisseaux chylifères remplis d'un fluide blanc, chez un pic-vert qui s'était nourri de fourmis. Nous pouvons appliquer ici la même réflexion que pour les classes animales précédentes, sur la variabilité de la couleur du chyle suivant la nature de l'alimentation. Hunter a inexactement admis que le chyle des oiseaux était dépourvu de globules; Rudolphi les a signalés comme étant de petite dimension et d'une forme sphérique. Quant à l'analyse chimique du chyle des oiseaux, elle manque encore à la science, aussi bien que pour les poissons et les reptiles.

Le chyle des *mammifères* se présente avec les qualités que nous avons indiquées dans son histoire générale, et n'offre que des variations légères, suivant les espèces. Celui des cétacés paraîtrait seul présenter des caractères bien tranchés, déduits d'une disposition anatomique signalée par Abernethy dans les glandes mésentériques. L'anatomiste anglais a indiqué une sorte de poche centrale dans ces ganglions, où les veines et les lymphatiques aboutissent en communiquant largement; mais cette disposition est révoquée en doute par plusieurs anatomistes. Elle ne serait d'ailleurs, en l'acceptant comme réelle, que l'exagération de la disposition normale qui existe chez les autres mammifères, dont les veines intra-ganglionnaires peuvent recevoir l'injection poussée par les lymphatiques.

La forme et le volume des globules chyleux ne présentent pas d'importantes variations dans les divers ordres de mammifères. Muller dit avoir trouvé ces globules sphériques chez le lapin, le chat, le chien, le veau et la chèvre. Mais nous les avons toujours trouvés aplatis comme ceux du sang; les

globulins seuls paraissent avoir une forme arrondie régulière ; peut-être même cette apparence dépend-elle de leur extrême exiguité. Il serait intéressant de constater la forme des globules chyleux chez le dromadaire et l'alpaca, et de la mettre en rapport avec celle des globules sanguins des mêmes animaux, qui, par une exception remarquable découverte par M. Mandl, se distinguent des autres mammifères par la forme elliptique de leurs globules sanguins. Quant au volume des globules chyleux, les recherches faites dans ce sens semblent indiquer qu'il varie suivant les espèces. MM. Prévost et Dumas l'estiment généralement à la moitié des dimensions des globules du sang ; mais, suivant Muller, ils seraient plus grands dans le lapin, égaux dans le chat, plus petits dans le veau et la chèvre. Wagner dit avoir trouvé ceux du veau plus grands. Ces dissentiments, au fond peu importants, semblent réclamer de nouvelles observations. Peut-être tiennent-ils au lieu où le chyle a été recueilli. En effet, le volume des globules de ce liquide augmente à mesure qu'il s'approche de la fin du canal thoracique, parce que la stratification des couches albumineuses disposées autour du noyau devient de plus en plus considérable, depuis l'instant de la formation des globules jusqu'à celui où ils se confondent avec les globules sanguins.

La composition chimique du chyle des mammifères a été l'objet de diverses recherches dont nous avons déjà exprimé les principaux résultats; mais les documents n'ont pas toujours concordé, soit en raison des progrès de la chimie, soit à cause des conditions différentes appliquées à l'analyse. Ainsi, on a moins étudié les variations relatives aux espèces animales que celles qui dépendaient du genre de nourriture dont ces espèces font usage ; et cette recherche rationnelle, d'ailleurs, réduisait le problème à la détermination des différences du chyle des herbivores et des carnivores. Marcet est, de tous les chimistes, celui qui s'est le plus préoccupé de ces différences et qui les a formulées avec les caractères les plus tranchés. Voici de quelle manière il les présente :

Le chyle provenant de substances végétales paraît contenir trois fois plus de carbone que le chyle produit avec des substances animales.

Le chyle végétal peut se conserver pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois sans se putréfier ; le chyle animal commence à se putréfier au bout de deux ou trois jours.

Le chyle animal est toujours laiteux ; il s'en sépare une matière onctueuse semblable à de la crème, qui vient nager à la surface ; son coagulum est opaque et a une teinte rosée.

Le chyle végétal est toujours transparent ou à peu près, comme dans le sérum ordinaire ; son coagulum est presque incolore et ressemble à une huître ; enfin, sa surface ne se recouvre pas d'une substance analogue à la crème.

L'élément principal de la matière animale du chyle est l'albumine ; mais le chyle animal contient en outre des globules d'une substance huileuse qui ressemble parfaitement à de la crème.

Ces résultats, et quelques autres ajoutés par Marcet pour compléter la notion absolue ou comparative du chyle, ne peuvent que paraître exagérés dans l'état actuel de la science. Depuis l'époque où ils ont été publiés, des observations nouvelles ont démontré que les différences du chyle considéré chez les animaux nourris de substances végétales ou animales n'étaient pas aussi prononcées ; que la proportion des matières grasses était la plus contingente, tandis qu'il y avait moins de variabilité dans la proportion de l'albumine, de la fibrine et du résidu sec du sérum, bien que cependant la prédominance des derniers matériaux fût généralement déterminée par l'alimentation de nature animale. Nous avons déjà apprécié les caractères de ces différences en indiquant les rapports du caillot et du sérum dans le chyle. (*La suite à un prochain numéro.*)

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

4. *Quelques mots sur l'angine laryngée œdémateuse (œdème de la glotte), ses causes, sa marche, ses symptômes, son diagnostic et son traitement;* par M. Szafkowski-Rufin, docteur en médecine, à St-Beauzely (Aveyron).

(Gazette médicale de Montpellier, septembre 1844.)

§ I. *Définition.*—L'angine laryngée œdémateuse est une tuméfaction inflammatoire, suivie de l'infiltration séreuse ou séro-purulente des replis aryténo-épiglottiques, ou étendue à toute la couche du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx, d'où résultent le boursouflement de la membrane muqueuse et l'occlusion plus ou moins complète de ce conduit, un obstacle à l'introduction de l'air dans la poitrine, et des accidents de suffocation plus ou moins rapidement mortels.

Cependant l'inflammation n'est pas toujours nécessaire pour la production de cette angine, comme le prouve l'œdème passif ou consécutif aux maladies du cœur ou des poumons, et développé dans les derniers temps de la vie, ou l'anasarque qui succède quelquefois à la scarlatine et envahit le tissu cellulaire sous-muqueux du larynx (1).

(1) Une petite fille de huit ans, que M. Trousseau voyait en consultation avec M. le docteur Henry, avait eu la scarlatine ; huit jours après la terminaison de l'exanthème, elle fut prise d'une anasarque générale : la face, les lèvres et la bouche s'infiltrèrent, et, bientôt après, apparurent tous les symptômes d'une angine œdémateuse. — Les laxatifs et les diurétiques furent employés vigoureusement, la diaphorèse s'établit, les urines coulèrent en abondance, l'anasarque disparut, et avec elle tous les symptômes de suffocation (Trousseau, Journal des Connais. médico-chir., juillet 1836).

M. Barrier a rapporté dans le même journal (juil. 1842) un cas d'angine œdémateuse qui a quelque analogie avec l'observation précédente.

L'angine laryngée œdémateuse peut être *primitive*, indépendante de toute lésion antérieure; ou *consécutive*, subordonnée à une phlegmasie simple du larynx, ou bien à une affection chronique de cet organe, curable ou incurable par elle-même. Quand elle est primitive, elle est presque constamment *inflammatoire*. Quand elle est consécutive, c'est-à-dire occasionnée par une lésion organique du larynx ou de ses annexes, elle peut être *inflammatoire* ou *active*, ou bien *non inflammatoire* ou *passive*.

§ II. *Causes*. — L'angine laryngée œdémateuse primitive peut survenir sans cause appréciable, ou se développer sous l'influence des causes générales des phlegmasies muqueuses.— La plus puissante et la plus ordinaire de ces causes est le froid humide agissant sur la peau, et diminuant ou supprimant complétement son action transpiratoire. — Le rapport d'action, on peut dire réciproque, qui existe entre cette dernière et la muqueuse, est tel, que, lorsque la transpiration de l'une diminue, celle de l'autre augmente pour y suppléer. Or, il est facile de concevoir que, si la membrane muqueuse des organes de la respiration est tout à coup, ou pendant plusieurs jours de suite, forcée à agir plus que dans l'état normal, ce surcroît d'action doive en exalter la sensibilité, y déterminer un mouvement fluxionnaire plus ou moins aigu, et, par suite, occasionner une infiltration séreuse plus ou moins forte.

L'angine laryngée œdémateuse consécutive est le résultat ordinaire d'une affection grave du larynx ou de ses annexes, telle que : les érosions et les ulcérations de diverses natures, simple, syphilitique, tuberculeuse, cancéreuse, etc., qui envahissent quelquefois tout le larynx, les cordes vocales, les ligaments aryténo-épiglottiques et la membrane muqueuse qui recouvre l'épiglotte; une laryngite aiguë, ou chronique; une irritation permanente située dans le voisinage de cet organe, une pharyngite, une stomatite, une palatite, etc.; un abcès sous-muqueux, une tumeur cancéreuse ou autre; la carie d'une ou de plusieurs dents; une fistule laryngée externe, dépendante d'une nécrose des cartilages laryngés, etc. (1). — Ces diverses lésions sont accompagnées d'un travail plus ou moins actif, d'un mouvement fluxionnaire plus ou moins fort. Dans un cas, l'inflammation se propage du point lésé jusqu'aux ligaments aryténo-épiglottiques, ou jusqu'à la membrane muqueuse laryngienne; dans l'autre, la sérosité accumulée dans ces parties n'est due qu'à l'engorgement des liquides autour de la perte de substance.

« La phthisie laryngée doit être considérée, quelle « que soit sa cause, comme l'occasion la plus fré- « quente de l'angine laryngée œdémateuse. Elle « peut la produire : 1° dès son début, quand les « parties qui devront s'ulcérer par la suite ne font que « commencer à s'enflammer, et alors l'engorgement « étant la seule lésion appréciable, peut être regardé « comme primitif; 2° quand, ayant causé dans tout « le larynx des désordres plus ou moins considéra- « bles, elle produit l'accumulation des liquides dans « ces parties, alors l'angine laryngée œdémateuse « est consécutive. Dans ce dernier cas, l'engorge- « ment produit par l'ulcération peut être actif : « c'est ce qui arrive quand les accidents marchent « vite; ou il peut être passif, quand l'ulcère a suivi « une marche chronique. Cette dernière espèce « d'angine œdémateuse est la plus fréquente (1). »

Quant aux autres causes de l'angine laryngée œdémateuse, ce sont toutes celles des maladies inflammatoires et catarrhales, agissant sur un individu affaibli déjà par une maladie antérieure, ou prédisposé à une irritation du larynx.

§ III. *Marche*. — L'angine laryngée œdémateuse marche quelquefois avec lenteur; elle est alors précédée plus ou moins longtemps d'avance par des phénomènes qui annoncent une affection chronique du larynx. D'autres fois, quand elle dépend d'une phlegmasie aiguë qui a vivement congestionné le larynx, sa marche est d'une rapidité effrayante; l'intervalle qui sépare l'invasion de cette maladie de sa terminaison funeste n'est souvent que de quelques heures. Le plus souvent, la durée de cette angine, d'une intensité moyenne, est de deux, trois ou quatre jours. Quelquefois, bien qu'elle ne soit accompagnée que d'une phlegmasie sub-aiguë, sa marche est plus rapide encore : en moins de deux, quatre ou six heures, elle acquiert une violence extrême, résiste à tous les moyens employés, et le malade meurt dans les angoisses d'une suffocation affreuse. On a cité des cas dans lesquels il y a véritablement eu mort subite. De tous ces faits, le plus remarquable et l'un des plus authentiques est celui que rapporte M. Blache.— « Au mois de mars 1835, « un infirmier de l'Hôtel-Dieu souffrait, depuis « deux jours, d'un mal de gorge : cette indisposi- « tion était si légère qu'il ne crut pas devoir inter- « rompre son service. Vers les quatre heures du « soir, il est pris de suffocation; on appelle aussitôt « l'élève interne de garde qui se trouvait dans une « salle voisine; il accourt, le malade était mort. « A l'autopsie cadavérique, on rencontra un gon- « flement notable de l'épiglotte et une infiltration « séreuse des replis aryténo-épiglottiques (2). »

§ IV. *Symptômes*. — Dans le plus grand nombre des cas, l'angine laryngée œdémateuse ne peut être considérée comme une maladie à part, mais comme un effet, une complication d'autres affections plus ou moins graves par elles-mêmes; sa période prodromatique doit donc être rapportée aux lésions chroniques dont elle dépend.—Mais lorsqu'elle survient sans cause appréciable, ou sous l'influence des causes générales des phlegmasies muqueuses, elle ne présente aucun des phénomènes qui précèdent plus ou moins longtemps par avance l'apparition de cette angine symptomatique des affections chroniques et graves du larynx, ou d'une cause quelconque d'irritation permanente située dans son voisinage. Dans l'un comme dans l'autre cas, voilà les symptômes qui lui sont propres :

Au début, le malade se plaint d'éprouver dans la

(1) Si on n'enlève pas la nécrose et que pourtant on ferme la fistule cutanée, le pus ne pourrait-il pas, en soulevant et en enflammant la membrane muqueuse, causer un rétrécissement mortel de la glotte?... (Trousseau, Journ. des Con. méd. chir., mars 1842.)

(1) Trousseau et Belloc, Phthisie laryngée, p. 265.

(2) Dictionnaire de médecine, 2e édit., t. XVII, p. 575.

gorge une gêne, un sentiment de malaise et comme une pression exercée sur l'ouverture du larynx, et cherche, en faisant une expiration forte et sonore, à expulser les mucosités qui semblent obstruer cet organe. Souvent aussi il fait des mouvements de déglutition (qui est toujours gênée et parfois impossible), comme pour avaler un corps étranger qu'il croit sentir à la partie inférieure du pharynx. La voix est un peu rauque, moins sonore et faible. Le voile du palais, la luette, les amygdales et l'épiglotte, quand cette angine primitive ou consécutive est active, sont ordinairement d'un rouge pâle et peut-être un peu tuméfiés; quand elle est passive, ils sont d'une tuméfaction comme œdémateuse semi-transparente. Cet état, si l'angine laryngée œdémateuse est passive, n'est point accompagné de réaction fébrile : dans le cas contraire, le pouls est fort, dur, peu fréquent; la douleur qui précède la suffocation est intense; il y a une fièvre plus ou moins violente précédée de frisson, et parfois aussi une tuméfaction du cou, etc.

Au bout d'un, de deux ou trois jours, et même au bout de quelques heures seulement, les efforts pour débarrasser le larynx se multiplient, la voix devient plus rauque, étouffée, ou complétement éteinte. Insensiblement la respiration devient un peu bruyante; l'inspiration est difficile, courte, incomplète et fréquente; elle s'accompagne d'un *ronflement* et surtout d'un *frôlement sui generis* qu'il est difficile de caractériser (c'est un signe précieux): à la fin de ces courtes et bruyantes inspirations, on entend un bruit, un espèce de claquement analogue à celui que produit une soupape qui se ferme, ou un frottement particulier comme qui dirait un cri de coq, etc.; tous ces bruits anormaux retentissent, quoique faiblement, jusque dans les bronches. L'expiration, quoique gênée, est très-libre, comparativement à l'inspiration (signe pathognomonique); elle s'accompagne quelquefois aussi d'une espèce de *frôlement* qui résulte du frottement de l'air contre les bords de la glotte infiltrés; mais, en général, elle se fait toujours avec une certaine facilité. La toux est rauque, étouffée, sans expectoration, ou suivie d'une expuition de mucosités visqueuses, gluantes, difficiles à détacher. Le pouls devient moins régulier, plus fréquent qu'à l'ordinaire. La percussion et l'auscultation de la poitrine ne fournissent l'indice d'aucune lésion capable de rendre compte de la dyspnée; mais il y a un signe précieux qui peut indiquer le degré de rétrécissement du larynx, et établir même une distinction entre les dyspnées thoraciques et les dyspnées laryngées : c'est l'affaiblissement du bruit respiratoire. « Le « bruit respiratoire, dit M. Barthe (1), peut être « diminué ou aboli dans les deux côtés de la poi- « trine, par toute lésion capable de rétrécir le ca- « libre interne de la partie supérieure du larynx, « soit parce que la colonne d'air arrive avec moins « de facilité dans les bronches, et donne lieu à des « vibrations moins énergiques, soit parce que ce « fluide y pénètre en moindre quantité, ou n'arrive « point jusqu'à la périphérie du poumon. »

(1) Mémoire sur quelques cas d'absence du bruit respiratoire vésiculaire.

Après quelques jours, ou quelques heures seulement, un nouveau symptôme plus alarmant se manifeste : tout à coup le malade est pris d'une sorte de *suffocation* plus ou moins forte, qui dure de cinq à six minutes, à un quart d'heure environ. De nouvelles suffocations arrivent au bout d'un temps plus ou moins éloigné, et se montrent de plus en plus violentes; puis elles se rapprochent, et, dans leur intervalle, la respiration devient progressivement plus gênée et plus bruyante; la face, qui était congestionnée et livide, devient pâle; l'agitation fait place à un affaissement profond. Enfin, anxiété, agitation extrême; pouls petit et misérable; face pâle, livide, décomposée, exprimant la souffrance et l'effroi; yeux saillants et hagards; sueurs visqueuses sur tout le corps, mais plus abondantes à la face et au cou, etc., annoncent l'imminence du danger. Tous les muscles inspirateurs se contractent avec force pour faire pénétrer l'air dans la poitrine; la tête se renverse en arrière, le tronc se porte en avant, sur les côtés, afin de trouver une position plus favorable à la respiration; efforts inutiles, vaine agitation : à peine l'inspiration est-elle commencée, qu'elle est arrêtée par un obstacle insurmontable; et la vie s'éteint pendant les accès ou dans leur intervalle, sinon par asphyxie dans la plus rigoureuse acception du mot, du moins par insuffisance d'air nécessaire à l'hématose (1).

D'autres fois, lorsque l'angine laryngée œdémateuse, par une médication énergique ou par une réaction de l'organisme, semble présager une terminaison heureuse, la respiration devient plus libre; les bruits anormaux qui accompagnaient l'inspiration cessent de se faire entendre; la voix s'éclaircit peu à peu; le pouls devient calme et se relève, et un sommeil réparateur et paisible assure une guérison d'autant plus heureuse que la gravité de la maladie n'en laisse ordinairement que peu d'espoir.

§ V. *Diagnostic différentiel.* — La marche des symptômes de l'angine laryngée œdémateuse est ordinairement rapide et quelquefois très-obscure à son début; sa terminaison est si promptement funeste, qu'un moment d'hésitation pourrait être fatal. Mais aussitôt que l'infiltration séreuse se fait assez forte pour rétrécir l'ouverture supérieure du larynx, l'altération qu'elle imprime dans le timbre de la voix, la différence qui existe entre l'expiration et l'inspiration, et les bruits *sui generis* qui accompagnent cette dernière, ne permettent plus de méconnaître son existence.

L'exploration de la partie supérieure du larynx, au moyen du doigt porté jusqu'à la base de la langue, fournit des données beaucoup plus certaines. Cette exploration, dont l'idée ingénieuse appartient à M. Thuillier, se fait en maintenant la bouche ou-

(1) C'est dans un trouble d'hématose qu'il faut chercher la cause du désaccord qui se manifeste parfois entre la durée du temps où agit la gêne asphyxique et ses résultats mortels. Cette lésion dans l'hématose est d'ailleurs démontrée par la coloration de la face des malades, par l'espèce de calme qui marque les intervalles des accès, par l'état du sang, qui est foncé en couleur, difficilement coagulable, sans caillots polypiformes, peu consistants, altérations qui dénotent la privation de l'oxygène et la surabondance de l'acide carbonique.

verte à l'aide d'un corps solide placé entre les dents molaires. La tête du malade étant fixée, on porte le doigt indicateur de l'une ou de l'autre main le long de la partie moyenne de la langue jusqu'à sa base; de là, en passant sur l'épiglotte, on l'introduit dans la glotte, et le diagnostic est dégagé de toute incertitude lorsqu'on reconnaît par le toucher une tumeur molle ou une espèce de bourrelet au pourtour de l'ouverture du larynx. Cette exploration offre bien quelques difficultés; des contractions convulsives des muscles du pharynx, des envies de vomir, une suffocation, etc., accompagnent cette exploration. Cependant, malgré les difficultés que l'on éprouve, le spasme qu'accompagne cette manœuvre diminue lorsqu'on persiste un certain temps.

L'angine laryngée œdémateuse ne peut être confondue qu'avec : 1° le croup ; 2° la laryngite aiguë ; 3° la phthisie laryngée ; 4° l'asthme ; 5° l'asthme aigu de Millar ; 6° l'angine de poitrine; 7° une affection spasmodique du larynx; 8° les polypes, les végétations syphilitiques, etc., de cet organe; 9° certains anévrysmes de l'aorte. Chacune de ces maladies a des signes particuliers et caractéristiques, et l'auscultation de la poitrine fournit, dans quelques-unes de ces affections, des signes tout à fait étrangers à l'angine laryngée œdémateuse.

1° *Le croup* est une maladie de l'enfance; l'angine laryngée œdémateuse, à quelques exceptions près, appartient à l'âge adulte. M. Louis, dans un mémoire qu'il a lu à l'Académie de médecine (1), a rassemblé quelques faits de laryngite membraneuse chez les adultes; mais l'affection a toujours commencé par les fosses nasales et le pharynx, pour de là s'étendre au larynx; de sorte que ces maladies appartiennent plutôt à l'angine couenneuse ou palato-pharyngite qu'à la laryngite membraneuse ou croup. Dans l'un et l'autre cas, il y a bien altération de la voix, de la dyspnée, de l'anxiété et des accès de suffocation; mais le croup a sa toux rauque, revenant par quintes, s'accompagnant d'un bruit particulier (croupale), suivie de vomissements de beaucoup de mucosités, de lambeaux de fausses membranes ou d'une fausse membrane entière : dans le croup, l'inspiration est sifflante et sonore, l'expiration est courte et difficile. — Dans l'angine laryngée œdémateuse, la toux est étouffée, suivie d'expuition de mucosités gluantes en petite quantité; l'inspiration est courte, incomplète et fréquente, accompagnée de bruits *sui generis ;* l'expiration est libre.

2° *La laryngite aiguë* a quelque analogie avec l'angine laryngée œdémateuse; quelquefois ce ne sont que deux périodes d'une même affection. — Dans l'un comme dans l'autre cas, il y a gonflement de la membrane muqueuse laryngienne ; la voix est altérée, rauque, plus ou moins complétement éteinte; mais, dans la laryngite aiguë, à moins d'une tuméfaction considérable, on ne remarque pas les accidents de suffocation qui accompagnent ordinairement l'angine laryngée œdémateuse. Dans le premier cas, il existe aussi des phénomènes fébriles que l'on ne retrouve pas, du moins au même degré, dans l'angine œdémateuse. Dans la laryngite aiguë, le larynx est le siége d'une douleur aiguë qui s'accroît par la pression et par le passage du bol alimentaire derrière cet organe; il y a aussi de la chaleur; la toux, au dire des malades, déchire la partie antérieure de la gorge; elle est sèche et rauque d'abord, puis devient aiguë et provoque la sortie d'un peu de mucus écumeux; la respiration est douloureuse et sifflante. Dans l'angine laryngée œdémateuse, il y a bien quelquefois de la douleur au larynx, mais cette douleur n'est jamais accompagnée de chaleur; la toux n'est jamais aiguë; l'inspiration est difficile sans être douloureuse, l'expiration est libre.

3° *La phthisie laryngée*, quelle que soit sa cause, quelle que soit la rapidité de sa marche, sera toujours, comparativement à l'angine œdémateuse primitive, une maladie essentiellement chronique. Quant cette dernière est consécutive, ce qui est bien plus fréquent, elle est le plus souvent une des terminaisons de la phthisie laryngée, et, dans ce cas, elle n'est plus qu'un symptôme de cette dernière. On peut donc présumer le développement de l'angine œdémateuse, dans le cours d'une phthisie laryngée, lorsqu'il survient une dyspnée extraordinaire, accompagnée de bruits anormaux annonçant la difficulté qu'éprouve l'air à traverser le larynx ; par la différence qui existe entre l'inspiration et l'expiration, et les autres symptômes que nous venons de mentionner.

4° *L'asthme*. Un accès d'asthme ne pourrait-il en imposer pour une angine œdémateuse ? Au premier abord, on est tout frappé de la grande conformité des phénomènes; mais un seul signe suffit pour établir entre les deux affections un intervalle immense. Dans l'angine œdémateuse, la voix est rauque ou complétement éteinte ; dans l'asthme, la voix est toujours sonore. L'oppression, dans ce dernier, arrive subitement, sans cause appréciable, et ne dure que quelques heures; tandis que, dans l'angine œdémateuse, elle vient graduellement et sa durée est plus longue. Enfin, l'inspiration courte et interrompue, l'expiration sifflante ou ronflante, le sentiment de compression et de resserrement de la poitrine que ressentent les malades, et l'absence des bruits anormaux qui annoncent le rétrécissement de la partie supérieure du larynx, contribuent à faire reconnaître une dyspnée thoracique.

5° *L'asthme aigu de Millar*. Dans l'asthme aigu de Millar, la suffocation tient au spasme de la poitrine, et le resserrement convulsif du larynx, lorsqu'il a lieu, n'a pas été précédé ni accompagné des symptômes caractéristiques de l'angine laryngée œdémateuse.

6° *L'angine de poitrine* est caractérisée par un symptôme qui ne permet pas de la confondre avec l'angine œdémateuse : c'est une douleur vive, lancinante, qui se fait sentir d'une manière subite derrière le sternum, plus à gauche qu'à droite, à la partie moyenne ou supérieure de cet os. Il existe, en général, dans l'angine de poitrine, peu de trouble dans la respiration ; elle est seulement plus fréquente : c'est la violence de la douleur qui fait craindre la suffocation ; c'est elle qui force les malades à se presser la poitrine ou se la renverser en arrière, *mais tous font avec facilité de profondes*

(1) Mém. ou Recherches anat.-pathol. sur plusieurs maladies. Paris, 1826.

inspirations ; ce n'est que lorsque le désordre est devenu considérable que la respiration est gênée, tandis que, dans l'angine œdémateuse, *l'inspiration est constamment difficile.*

7° *Une affection spasmodique du larynx.* Chez les femmes hystériques, la difficulté de la respiration est quelquefois telle pendant les accès, que l'on pourrait prendre un spasme du larynx pour l'angine œdémateuse ; mais la durée des accès, les causes qui les produisent, les mouvements convulsifs qui les accompagnent, et surtout les circonstances, suffisent pour le diagnostic.

8° *Un polype, les végétations syphilitiques, etc., du larynx*, n'offrent d'autres symptômes qu'une dyspnée extraordinaire qui se transforme en une suffocation mortelle, lorsque la tumeur, par l'effet de la croissance, ou bien poussée par quelques efforts expirateurs, vient s'interposer entre les lèvres de la glotte. Mais quand on considère : 1° la marche de la dyspnée produite par les polypes, ou par les végétations de quelque nature qu'elles soient, qui est toujours très-lente ; 2° les phénomènes extérieurs qui les accompagnent et les circonstances commémoratives, on peut facilement découvrir la cause véritable de l'affection dyspnéïdë.

9° Dans certains *anévrysmes de l'aorte*, qui compriment la trachée, la respiration devient sifflante, difficile, et même il y a des accès de suffocation ; mais la gêne du larynx n'existe pas, ou n'est pas constante, et, dans ce dernier cas même, l'examen scrupuleux de la marche de la maladie peut ordinairement garantir de l'erreur.

(*La suite à un prochain n°.*)

---

5. *Revue des recherches modernes sur les maladies du cœur ;* par M. Valleix, médecin des hôpitaux, etc.

(Suite : voir Encycl., t. 144, août 1844, p. 39.)

(Archives générales de Médecine, septembre 1844.)

Endocardite aiguë. — Nous arrivons à une maladie dont l'existence, on peut le dire, était à peine admise avant ces dernières années. Pour s'en convaincre, il suffit de rappeler ce que Corvisart et Laënnec ont dit à ce sujet. Le premier ne pensait pas qu'on pût distinguer l'inflammation des diverses parties constituantes du cœur ; quant au second, il ne reconnaissait l'existence de l'inflammation que dans les cas rares où on trouvait une exsudation pseudo-membraneuse à la surface interne de l'organe, et s'exprimait ainsi au sujet des autres lésions regardées aujourd'hui comme inflammatoires : « On pourrait tout au plus soupçonner l'inflammation dans les cas où la rougeur de la membrane interne des artères est accompagnée de gonflement, d'épaississement, de boursoufflement et d'un développement extraordinaire de petits vaisseaux dans la tunique fibreuse ou moyenne ; et qui sait même si ces conditions réunies prouveraient bien l'inflammation chez un sujet qui serait considérablement infiltré et dont les tissus seraient fort humides. »

Ce passage, qui semble n'avoir rapport qu'à l'état des artères, s'appliquait évidemment, dans la pensée de Laënnec, à la membrane interne du cœur ; car tout dans son article est commun à ces divers organes. Ainsi, non-seulement les auteurs ne donnaient point place dans leurs traités à la description de l'endocardite, mais encore ils en niaient l'existence dans le plus grand nombre des cas. Du reste, Laënnec n'accorde qu'une très-faible importance à l'inflammation de la membrane interne du cœur ; car il ne donne qu'une très-courte description, purement anatomique, des cas dans lesquels il y avait cette exsudation pseudo-membraneuse, seul signe positif, suivant lui, de l'existence de la phlogose.

M. Bouillaud est l'auteur qui s'est le plus occupé de cette affection, à laquelle il a consacré un très-grand article dans son *Traité des Maladies du cœur.* Lorsqu'il a entrepris ses recherches, il n'existait, comme on vient de le voir, que des observations isolées, et tout restait à peu près à faire pour l'histoire de la maladie. Il nous apprend lui-même qu'en 1824 et 1826 il possédait déjà un assez grand nombre de faits pour entrevoir toute l'importance de l'inflammation de la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux. « Mais, ajoute-t-il, ces faits ne me permettaient pas encore de traiter avec tous les développements convenables cette riche et féconde matière : aussi les idées que je proposais furent-elles considérées par beaucoup de médecins d'une grande autorité comme purement systématiques. » Tel était, en effet, l'état de la question ; et du moins ici M. Bouillaud ne s'attribue-t-il pas, comme dans la péricardite, des découvertes qui ne lui appartiennent pas. Reste maintenant à voir comment il a cherché à mettre hors de doute l'existence de l'endocardite et comment il en a tracé l'histoire.

Un des plus graves reproches qu'on puisse faire à M. Bouillaud, à ce sujet, c'est de n'avoir pas suffisamment séparé, dans sa description, l'état aigu de l'état chronique ; il en résulte une telle confusion dans son article, qu'il est presque impossible d'y suivre d'une manière convenable les idées de l'auteur. Dans la description des lésions anatomiques en particulier, cette confusion est portée à un tel point qu'on ne peut pas savoir où s'arrête, suivant M. Bouillaud, l'état aigu, et où commence l'état chronique. Nous verrons plus loin que dans la description des divers obstacles au cours du sang résultant d'une altération de la membrane interne du cœur, M. Bouillaud n'a pas été beaucoup plus méthodique. Tâchons cependant de démêler les résultats auxquels il est arrivé.

Relativement aux causes, il a d'abord fait remarquer la coïncidence de l'endocardite et du rhumatisme articulaire aigu. Nous avons vu, à l'occasion de la péricardite, qu'il avait eu le tort de ne point préciser très-exactement les cas dans lesquels cette coïncidence s'était manifestée ; d'un autre côté, nous verrons combien le diagnostic qu'il a établi doit être infidèle dans un grand nombre de cas ; d'où il résulte que parfois on a pu croire à l'existence d'une endocardite lorsque la membrane interne du cœur était réellement exempte d'inflammation. On ne peut non plus accepter sans contestation ce que dit cet auteur sur l'influence du froid dans la production de l'endocardite. Si, en effet, on examine les observations sans idées préconçues, on

voit que l'endocardite a bien pu se développer dans le cours d'une maladie produite par l'impression du froid ; mais on n'y voit nullement que cette impression du froid ait été nécessaire pour le développement de la maladie consécutive.

M. Bouillaud a surtout fait des efforts pour fixer le diagnostic de cette affection. Pour cela, il a étudié un à un les principaux symptômes ; mais malheureusement, quand il s'est agi de les résumer et d'en apprécier la valeur, il s'est contenté de quelques mots très-insuffisants. C'est cependant là une question bien importante, car s'il était démontré que le diagnostic de l'endocardite aiguë est plus vague qu'on ne le pense, il ne faudrait pas accorder une aussi grande valeur aux assertions générales des auteurs qui se sont occupés de cette maladie. Voyons donc sur quoi s'est fondé M. Bouillaud pour admettre, pendant la vie, l'existence de l'endocardite.

Il constate d'abord la présence d'une voussure ; mais cette voussure n'ayant lieu que dans les cas compliqués de péricardite, on ne peut évidemment pas l'attribuer à la maladie de l'endocarde.

Il signale ensuite un ébranlement de la région précordiale par des battements de cœur violents ; mais cette proposition est beaucoup trop générale : d'abord, la plupart des observations d'endocardite ne font nullement mention de ce symptôme, et s'il est vrai qu'en l'absence de tout renseignement on ne puisse pas dire que le phénomène n'existait pas, à plus forte raison ne peut-on pas admettre qu'il existait ; en second lieu, bien que dans un bon nombre de cas il y ait impulsion augmentée, ce n'est pas, comme paraît le croire M. Bouillaud, une règle sans exception : il est arrivé, en effet, que l'impulsion a été nulle, et on ne peut avoir de doute sur ce point, car le fait a été rigoureusement constaté.

Ce dernier signe n'a donc pas toute l'importance qu'on a voulu lui attribuer. Quant au frémissement vibratoire, il en a bien moins encore, puisqu'il ne se montre que dans une très-faible minorité des cas.

Si maintenant nous passons aux résultats de l'auscultation, nous serons fort surpris de ce qui en est dit dans l'ouvrage de M. Bouillaud : « L'auscultation, dit-il, fait entendre un bruit de soufflet qui marque les deux bruits normaux du cœur ou bien un des deux seulement. » Ne semble-t-il pas que c'est là un symptôme qui ne manque jamais ; que toutes les fois qu'il existera une endocardite, on sera sûr d'entendre un bruit de soufflet, soit simple, soit double? Eh bien ! on peut le dire, rien n'est moins exact que cette proposition. Dans un autre travail (1), j'ai cherché avec soin quels étaient les signes constatés par l'auscultation dans l'endocardite aiguë, et sur trente-trois cas que j'ai rassemblés, il n'est fait mention que sept fois seulement des bruits du cœur ; or, dans ces sept cas, ce bruit de souffle qui paraît si constant, d'après la description de M. Bouillaud, n'a existé que quatre fois : simple trois fois, double une fois. On voit par cet exemple combien est peu rigoureuse la description de l'endocardite telle qu'elle est tracée dans le *Traité des Maladies du cœur*. Serait-ce que dans cette description, intitulée *Symptômes de l'état d'acuité*, l'auteur aurait fait entrer des cas appartenant, suivant lui, à l'endocardite chronique, et, suivant nous, à un travail d'ossification qui n'est qu'une suite de l'inflammation? Cela est très-probable, mais alors se trouve confirmé le reproche de confusion que nous avons fait plus haut à cette manière de procéder.

(1) Guide du médecin praticien, t. III; Maladies des voies circulatoires, article Endocardite aiguë.

Vient ensuite la matité de la région du cœur ; mais cette matité, signalée par M. Bouillaud, appartient-elle bien réellement à l'endocardite? C'est encore ce qu'on peut admettre quand on se rappelle que, parmi les faits cités par cet auteur, il en est un certain nombre qui étaient compliqués de péricardite ; n'était-il pas nécessaire de les examiner séparément?

On voit, par ce que je viens de dire, que si les recherches de M. Bouillaud ont donné beaucoup plus d'importance à l'endocardite, il a laissé presque tout à faire relativement à la description exacte des symptômes et à la détermination précise du diagnostic. Or, lorsqu'une maladie n'est pas plus avancée, c'est tout au plus si on doit lui donner place dans le cadre nosologique, ou du moins ne doit-on pas lui accorder une place aussi importante que semble le penser M. Bouillaud.

Les auteurs qui sont venus après lui n'ont rien ajouté de bien intéressant à cette description si incomplète. Hope a voulu établir un diagnostic différentiel entre l'inflammation de l'endocarde qui laisse les orifices libres et celle où ces orifices sont affectés ; mais cet auteur a malheureusement suivi l'exemple de M. Bouillaud : il n'a pas suffisamment séparé, dans sa description, l'inflammation aiguë de l'inflammation chronique, en sorte que cette distinction, fondée sur la force de l'impulsion, la régularité, la plénitude du pouls, le frémissement des artères dans le premier cas, et sur l'irrégularité du pouls, la faiblesse des bruits du cœur dans le second, ne paraît pas solidement établie sur des faits parfaitement comparables.

Voilà ce que les recherches modernes nous ont appris de plus important sur l'endocardite aiguë. On voit que ce qui a nui le plus au progrès de la pathologie sur ce point, c'est l'absence de méthode dans les descriptions : au lieu d'une distribution méthodique du sujet, au lieu d'une analyse exacte des faits, on nous a donné une description vague fondée sur une application générale, et de nature à induire plutôt le médecin en erreur qu'à l'éclairer sur les principaux symptômes. Aussi, dans l'ouvrage que j'ai déjà cité, n'ai-je pu, en examinant rigoureusement les faits, arriver qu'au diagnostic suivant (1) : « Si, dans le cours d'une maladie aiguë, il survient dans la région du cœur soit une douleur, soit un malaise quelconque ; si le sujet éprouve une certaine anxiété, et si en même temps la fièvre, qui semblait s'apaiser, prend une nouvelle intensité, on pourra soupçonner l'apparition d'une endocardite. Si, la matité précordiale restant la même, ou n'étant augmentée que faiblement, on constate un accroissement notable de l'impulsion avec bruit sourd et parfois irrégulier ;

(1) Guide du médecin praticien, t. III, p. 50.

si surtout on entend un bruit de souffle ou de râpe, sans qu'il y ait aucun signe de péricardite, on acquerra de plus grandes probabilités sur l'existence de l'inflammation aiguë de l'endocarde. »

Je ne dirai rien ici du traitement de cette maladie, parce que les opinions des auteurs sur ce point ont encore besoin d'être confirmées, et que nous ne devons pas admettre leurs assertions comme l'expression de progrès réels de la science. M. Bouillaud, il est vrai, nous rapporte six cas de guérison par les saignées coup sur coup; mais les difficultés de diagnostic signalées plus haut peuvent faire émettre des doutes sur l'existence même de l'affection, au moins dans quelques cas; et d'ailleurs il n'est pas parfaitement démontré que l'endocardite, à un certain degré, soit nécessairement mortelle. Il eût fallu, pour faire naître la conviction, exposer les faits d'une tout autre manière : il y a là tout au plus une présomption en faveur des saignées abondantes et répétées.

Endocardite chronique. — Dans un autre travail (1), j'ai montré combien cette expression, introduite par M. Bouillaud dans le langage médical, était de nature à donner de fausses idées sur ce qui se passe dans le travail pathologique dont les lésions de la face interne du cœur sont la conséquence. Il semble, en effet, qu'il existe une inflammation de l'endocarde, à marche chronique comme celle de la pleurésie, de la pneumonie, de la dysenterie chroniques, et cependant les faits prouvent jusqu'à l'évidence qu'il n'en est rien. Qu'on parcoure les observations citées par Corvisart, par Kreyzig, Hope, M. Legroux, M. Bouillaud lui-même, et l'on verra qu'il n'est nullement démontré que les cartilaginifications et les ossifications du cœur se produisent sous l'influence d'une inflammation à marche chronique. Dans les cas où l'on a pu admettre l'existence d'une inflammation, cette inflammation s'est montrée avec tout l'appareil des maladies aiguës; puis, soit qu'elle ait cessé d'elle-même, soit qu'elle ait cédé à divers moyens, elle a laissé à sa suite un rudiment de lésion particulière, de cartilaginification ou d'ossification, qui, suivant, dès ce moment, la même marche que les altérations dues au progrès de l'âge, a augmenté plus ou moins rapidement, sans que l'inflammation soit pour rien dans cette augmentation.

Nous ne connaissons donc pas, à proprement parler, l'endocardite chronique, et c'est par une fausse analogie qu'on en a admis l'existence. L'organisation des divers dépôts à la surface du cœur, l'accroissement des germes laissés par l'inflammation primitive, sont les effets d'un travail particulier qui ne mérite pas ce nom. Toutefois ce travail finit par produire des états pathologiques graves, qui intéressent au plus haut point le médecin. Les signes auxquels donnent lieu ces états pathologiques ont été étudiés avec plus ou moins de soin et de méthode dans des ouvrages récents, et c'est là un des points que nous devons examiner le plus en détail dans cette revue. Ces travaux ont, en effet, jeté une vive lumière sur la pathologie des maladies chroniques du cœur. Aussi, après avoir bien établi ce qu'il faut entendre par endocardite chronique, après avoir prévenu qu'on n'a désigné autre chose, par cette expression, que les *altérations chroniques consécutives*, allons-nous entrer dans d'assez grands développements sur ce sujet important.

Les altérations chroniques consécutives sont-elles toujours le résultat de l'inflammation ? — Cette question a soulevé des discussions assez vives, et a donné lieu à quelques travaux intéressants, à la tête desquels il faut placer celui de M. Bizot, que j'ai déjà cité. Deux auteurs se sont principalement efforcés de démontrer que les lésions dont il s'agit sont le produit de l'inflammation : ce sont MM. Bouillaud et Legroux. Le premier a d'abord tiré ses preuves de l'analogie; il a cité l'ossification qui s'empare des cartilages à la suite d'une inflammation, les expériences sur les animaux, et, ce qui vaut mieux encore, des observations de maladies du cœur dans lesquelles ces lésions se sont montrées, chez des sujets jeunes, comme conséquence d'une inflammation évidente. Il a donc mis hors de doute un fait qui, du reste, n'était pas contestable : c'est que, dans un certain nombre de cas, la cause première de l'altération chronique est l'inflammation. Mais, comme on l'a vu, ce n'est là résoudre qu'une partie de la question, car il s'agit aussi de savoir si *dans tous les cas* les choses se passent de la même manière. M. Bouillaud paraît le penser; mais il est moins heureux dans le choix de ses preuves, comme on en jugera facilement par ce qui suit.

Il se contente d'abord de poser la question en ces termes : « L'épaississement du tissu séro-fibreux de l'intérieur du cœur, les productions cartilagineuses, ossiformes, calcaires, que nous avons décrites sous leurs principales formes, constituent-ils réellement des lésions qu'il soit permis de rattacher à l'inflammation du tissu indiqué, ou de regarder comme des suites, des provenances de l'endocardite ? » La question est évidemment incomplète, ainsi que nous l'avons dit tout à l'heure, car il s'agit de savoir non-seulement si ces lésions peuvent provenir de l'endocardite, mais s'il faut toujours les rapporter à une endocardite préexistante. M. Bouillaud l'a bien senti lui-même, lorsqu'on lui a objecté que ces lésions étaient tout simplement le résultat des progrès de l'âge. Il a fallu alors s'expliquer, et voici comment il l'a fait. Le passage nous paraît mériter d'être cité :

« On a voulu, dit M. Bouillaud, combattre la doctrine que nous professons, en objectant que les productions osseuses sont très-communes chez les individus avancés en âge ! Belle objection, en vérité ! Quoi ! c'étaient les résultats de la vieillesse, ces incrustations osseuses que nous avons rencontrées chez un si grand nombre de sujets de 14 à 30 ans, et dont nous avons rapporté des exemples chez les enfants eux-mêmes ! Sans doute il aurait fallu considérer aussi comme un produit de l'âge avancé ces productions fibreuses, fibro-cartilagineuses, osseuses, etc., que nous avons constatées dans la plèvre ou le péricarde chez presque tous les sujets qui offraient de pareilles productions dans le tissu séro-fibreux des cavités du cœur ! Cette coïncidence des traces d'une ancienne péricardite ou d'une ancienne pleurésie chez les sujets qui portent aussi dans l'en-

(1) Guide du médecin praticien, t. III, p. 61.

docarde les productions accidentelles indiquées, n'est-elle pas un nouvel argument en faveur de notre manière de voir sur l'origine première de celles-ci? En effet, dans la plupart des cas, les lésions de la plèvre, du péricarde et de l'endocarde étaient en quelque sorte contemporaines, et s'étaient développées sous l'influence d'une seule et même maladie, disséminée pour ainsi dire dans plusieurs organes à la fois. Certes, nous n'ignorons pas combien il est fréquent de trouver chez les vieillards des productions osseuses ou calcaires; mais nous ne savons d'après quels principes de logique on a conclu de cette circonstance que l'endocardite ne pouvait pas entraîner à sa suite les indurations tant de fois nommées. »

Cette explication est évidemment insuffisante; car nous n'y trouvons de bien établi que la possibilité de la production des altérations chroniques à la suite de l'inflammation de l'endocarde. Il est vrai que M. Bouillaud semble pencher vers une opinion plus absolue; mais il ne s'exprime pas d'une manière assez précise. Au reste, on voit qu'il ne pouvait faire autrement, car il ne s'est pas livré aux recherches nécessaires pour décider ce point de pathologie. Il n'a tenu compte que d'un certain nombre de faits qui ne l'autorisaient pas à se prononcer d'une manière générale. Nous verrons plus loin comment on est arrivé à une conclusion rigoureuse que M. Bouillaud ne pouvait pas poser.

M. Legroux (1) s'est prononcé d'une manière un peu plus explicite en faveur de l'opinion de M. Bouillaud; mais a-t-il eu raison de le faire? Pour s'en assurer, il faut nécessairement le suivre dans la longue discussion à laquelle il s'est livré à ce sujet, et chercher au milieu de ses digressions nombreuses et de ses tergiversations continuelles quelle est réellement sa manière de voir et comment il la soutient.

M. Legroux commence par citer quelques faits dans lesquels on a trouvé des traces d'inflammation récente unies à des altérations chroniques, et ces faits lui paraissent de nature à prouver que ces dernières sont dues à l'inflammation chez les sujets de ces observations. Or, ces sujets sont des vieillards, et la conséquence, suivant cet auteur, serait que les altérations chroniques trouvées chez les vieillards sont de nature inflammatoire. Cette manière de raisonner est bien peu rigoureuse. Q'est-ce qui empêche d'abord d'admettre que ces traces d'inflammation récente sont dues à une maladie survenue dans les derniers temps de la vie, chez des sujets présentant des altérations séniles? Est-ce qu'on a jamais dit que l'existence de ces altérations préservait de l'inflammation? En second lieu, quand même il serait prouvé que, dans ces cas, les choses se sont passées comme le pense M. Legroux, est-on en droit d'en conclure que les altérations chroniques se produisent toujours de la même manière? Il a compris lui-même que ce serait aller trop loin, et abordant plus franchement la question, il l'a posée un peu plus loin en ces termes : « Y a-t-il des incrustations purement séniles, et que l'on puisse regarder comme une suite naturelle du progrès de l'âge, abstraction faite de toute modification pathologique? » Mais on va voir que dans cette seconde partie de la discussion, il n'a pas été plus heureux dans le choix de ses preuves. Il commence d'abord par invoquer l'ossification accidentelle des cartilages, déjà alléguée par M. Bouillaud. Mais n'est-ce pas déplacer la discussion, sans rien résoudre? L'ossification accidentelle des cartilages ne peut pas plus être niée que l'ossification pathologique du cœur et des vaisseaux : voilà tout ce que nous pouvons conclure des faits et des expériences cités.

Cependant M. Legroux se croit autorisé à regarder l'inflammation comme la cause productrice des altérations chroniques du cœur et des artères, et s'il consent à modifier un peu son opinion, c'est seulement pour admettre une certaine prédisposition qui se manifeste dans la vieillesse, et peut-être aussi pour regarder comme séniles les ossifications occupant la membrane fibreuse, tandis que celles qui se montrent entre les membranes seraient évidemment inflammatoires.

Malheureusement ces propositions reposent sur des faits entièrement erronés. Si M. Legroux avait bien étudié les altérations dont il parle, il n'aurait point soulevé cette question de prédisposition dont il ne se tire que très-péniblement. Des recherches que je mentionnerai plus loin ont prouvé, en effet, que ces altérations n'attendent nullement la vieillesse pour se produire, qu'elles se manifestent d'abord à une époque peu avancée de la vie; qu'elles sont alors rudimentaires et qu'elles vont ensuite en augmentant, à mesure qu'on avance en âge. Voilà ce qu'il fallait rechercher avant de se prononcer et ce qui aurait fait éviter à M. Legroux les erreurs dans lesquelles il est tombé.

Cette idée aussi d'accorder comme séniles les ossifications de la membrane fibreuse, tandis qu'on réserve à l'inflammation les altérations ayant leur siége entre les membranes, n'a pu être dictée que par une connaissance très-imparfaite des faits. Les ossifications séniles ou non séniles se forment primitivement entre les membranes. S'il y a des exceptions à cette règle, elles sont infiniment rares et ne méritent pas d'être mentionnées. En suivant ces altérations depuis leur première formation jusqu'à leur entier développement, on s'assure que les choses se passent de la même manière, et que si à mesure que l'altération fait des progrès, la membrane fibreuse est de plus en plus envahie, il n'en est pas moins vrai que dans le principe la tache rudimentaire était dans le tissu intermembraneux, et même qu'elle était plus voisine de la membrane interne que de la moyenne.

Après cela, que penser des autres preuves invoquées par M. Legroux? Il veut que les altérations dont il s'agit ne soient pas séniles, parce qu'elles n'apparaissent pas à une époque déterminée de la vie; parce qu'il y a des sujets jeunes qui les présentent, et des vieillards qui n'en offrent pas de trace. On pourrait, par les mêmes raisons, prouver que la canitie n'est pas une conséquence des progrès de l'âge. En effet, les cheveux blancs ne se montrent pas à une époque rigoureusement déterminée; tout

(1) De l'Influence considérée comme cause des affections organiques du cœur (journ. l'Expér., nos 6 et 7).

le monde connaît des individus fort jeunes qui ont les cheveux tout blancs, et des individus âgés qui n'en ont pas. Nous livrons cette comparaison à l'appréciation de M. Legroux ; quant à nous, elle ne nous paraît pas manquer de justesse.

Hope n'a point admis cette influence de l'inflammation proclamée par les deux auteurs précédents ; mais les preuves qu'il a fournies en faveur de sa manière de voir n'étaient pas péremptoires, et d'ailleurs en restreignant, comme il l'a fait, les effets de l'inflammation, il est allé trop loin. Il a cependant très-bien fait observer que les lésions dont il s'agit sont isolées, ne sont pas environnées d'autres lésions inflammatoires ; fait qui, s'il n'est pas concluant, est du moins une objection propre à faire envisager la question sous un autre point de vue. En un mot, Hope avait entrevu la vérité, mais d'une manière vague et qui ne devait pas entraîner la conviction.

Il était réservé à M. Bizot de résoudre le problème, et il l'a fait en procédant tout autrement que les auteurs que nous venons de citer. Il n'a pas été s'appuyer péniblement sur l'analogie ou invoquer des faits incomplets. Puisqu'il s'agissait de déterminer quelle part appartient à l'âge dans la production des altérations dont il s'agit, il a vu sur-le-champ qu'il fallait suivre l'évolution et les transformations du tissu du cœur dans tous les âges et dans tous les cas. C'est ce qu'il a fait, et cette partie de son travail est assurément une des plus intéressantes. Nous croyons donc qu'il est impossible de ne pas insister sur ce point.

On ne saurait, quand il s'agit de traiter cette question, séparer entièrement ce qui appartient au cœur de ce qui se passe dans les artères, et notamment dans l'aorte. La preuve, c'est que tous les auteurs qui sont entrés dans cette discussion ont eu également en vue les altérations chroniques des dernières, non moins que celles du premier. Rapportons donc les résultats obtenus par M. Bizot, aussi bien dans ses recherches sur les altérations des artères que dans ses recherches sur les altérations du cœur, et, pour cela, servons-nous du résumé rapide que nous en avons donné ailleurs (1).

« Si nous consultons, disions-nous, les anatomo-pathologistes de toutes les époques, et surtout si nous étudions les belles recherches de M. Bizot sur le cœur et le système artériel, nous trouvons qu'à une certaine époque de la vie, les cavités du cœur, et en particulier les orifices, présentent des altérations notables qui vont ensuite sans cesse en augmentant, jusqu'à l'âge le plus avancé ; et non-seulement ces altérations sont plus considérables à mesure qu'on avance en âge, mais encore elles se produisent régulièrement dans des endroits déterminés, et se propagent d'une manière non moins régulière, augmentant d'abord dans le lieu de leur apparition, et envahissant par degrés les parties environnantes.

« Ces altérations consistent d'abord dans une opacité de l'endocarde, remarquable principalement sur les valvules, qui ont un aspect laiteux ; l'épaississement qui a lieu dans ces cas n'est point dû à la formation d'une fausse membrane, et le point opaque ne peut s'enlever qu'avec la membrane du cœur elle-même. On trouve ensuite des taches, des ossifications granuleuses, qui déforment plus ou moins les valvules, et qui quelquefois sont dues à une simple induration, et d'autres fois à une véritable ossification. Plus tard, on voit se former entre les bords des valvules des adhérences dues le plus ordinairement à une ossification de ces parties, ossification qui s'est fondue dans les bords contigus. »

Nous engageons le lecteur à recourir au mémoire de M. Bizot (1), pour plus de détails sur ce développement des ossifications : il y verra comment elles affectent d'abord la base des valvules ; comment, d'abord rudimentaires, elles prennent de l'accroissement ; comment elles finissent par envahir les points voisins : faits importants qui n'avaient point fixé l'attention des autres auteurs. Quant à nous, avant de présenter des réflexions à ce sujet, nous allons passer à l'exposé des recherches sur les artères, où les choses sont plus évidentes encore.

« M. Bizot, ajoutions-nous dans l'ouvrage cité plus haut, étudiant avec le plus grand soin, et avec sa sagacité ordinaire, ces diverses lésions (2), les a toutes rattachées à une origine commune. Il a vu, dans un âge peu avancé, rarement toutefois avant 14 ans, se former dans l'intérieur de l'artère de *petites taches d'un blanc-jaunâtre*, de l'étendue d'un grain de poussière ou de sable, non saillantes, isolées ou réunies en groupe, et formant, par leur assemblage, une surface dont la couleur est plus blanchâtre ou plus jaunâtre que la surface interne de l'aorte. Au niveau de ces points et à leur pourtour, il a trouvé la membrane interne de l'artère parfaitement transparente, sans épaississement, sans injection et sans altération de consistance. Quand il enlevait des lambeaux de la membrane interne, il entraînait les petits points jaunâtres qui par conséquent adhèrent, quoique faiblement, à la face externe de cette membrane. Toutefois, il a reconnu que ce n'est pas aux dépens de la membrane interne elle-même qu'ils se forment ; car, en la détachant dans un point où les petites taches couvrent une surface un peu étendue, il en a vu une partie suivre les lambeaux et l'autre rester adhérente à la membrane moyenne. Il suit de là que ces points jaunes, auxquels M. Bizot donne le nom de *taches rudimentaires*, se développent d'abord dans le tissu fin qui unit les deux membranes entre elles (3). Plus tard, ces petites taches adhèrent à la membrane moyenne et prennent de l'accroissement.

« C'est de ces premières altérations que M. Bizot (s'appuyant sur l'observation) fait ensuite dériver la plupart des autres lésions qu'on regardait avant lui comme ayant une origine différente. Disons d'abord un mot du ramollissement ulcéreux, décrit par plusieurs auteurs sous le nom d'*abcès de l'aorte*.

« Chez quelques sujets, et M. Andral en a cité un

(1) Guide du médecin praticien, t. III, p. 63 et 316.

(1) Mémoires de la Société médicale d'observation, t. I.

(2) Ramollissement ulcéreux, dépôts athéromateux, ossifications.

(3) On voit par là combien est mal fondée la distinction établie par M. Legroux.

exemple remarquable, on trouve sur la surface interne de l'aorte un plus ou moins grand nombre de petites tumeurs qui cèdent sous le doigt, dont la pression détermine, dans leur intérieur, le mouvement d'une matière demi fluide ; et si, comme l'a fait M. Bizot, on les comprime un peu fortement, on rompt la membrane interne, et la matière contenue dans le foyer s'écoule aussitôt. Cette matière a divers aspects ; quelquefois elle a la couleur et la consistance du pus de bonne nature ; d'autres fois elle est farineuse, sèche ou humide ; enfin, M. Bizot l'a vue composée d'un grand nombre de petites paillettes très-ténues, resplendissantes, les unes argentines et blanchâtres, les autres jaunâtres et ressemblant assez à de la poudre d'or.

« A une époque plus avancée, il se produit dans ces petits foyers des transformations diverses : tantôt la membrane interne se rompt, la matière s'écoule, et il se forme de petits ulcères à bords légèrement saillants, que quelques auteurs, et en particulier Meckel et Hogdson, ont regardés comme de véritables ulcérations produites par une inflammation violente.

« Dans d'autres cas, le liquide ou la matière demi fluide qui existe entre la membrane interne et la membrane moyenne se concrète et forme un amas de matière atheromateuse signalée par tous les observateurs. D'autres fois, enfin, les taches primitives éprouvent la transformation osseuse, et forment ces plaques rugueuses qui hérissent la surface interne de l'artère, dont elles occupent parfois toute l'étendue.

« Cette succession dans les diverses altérations de l'aorte semble annoncer déjà qu'elles ne sont pas dues, au moins, dans la grande majorité des cas, à une inflammation ; mais d'autres considérations présentées par M. Bizot viennent mettre bien mieux encore ce fait hors de doute. Ce n'est pas, en effet, d'une manière irrégulière et comme au hasard que se développent ces taches et les diverses dégénérescences qui leur succèdent : à leur apparition et chez des sujets encore jeunes, elles se montrent dans des points particuliers, à la partie postérieure de l'aorte et au pourtour des orifices des artères qui en partent. Dans un âge plus avancé, on voit que dans ces mêmes points les taches ont fait des progrès, se sont agrandies et sont devenues le siége des diverses transformations que je viens d'indiquer ; mais, en outre, d'autres ont apparu à leur tour sur la partie antérieure de l'aorte et dans des points qu'elles avaient d'abord respectés : celles-ci sont encore rudimentaires ; enfin, plus tard, ces dernières ont fait des progrès comme les précédentes, et le pourtour de l'aorte est envahi par les dégénérescences athéromateuses et osseuses. »

Peut-on, après une semblable description, douter que l'influence de l'âge n'ait seule agi dans la production de ces altérations ? Une inflammation donnerait-elle lieu à ces lésions successives, régulières, ayant toujours les mêmes siéges qu'elles envahissent à des époques déterminées de la vie ? Nul doute que si les auteurs précédents avaient connu ces faits, ou en avaient tenu compte, comme ils devaient le faire, leur opinion n'en eût été notablement modifiée ; car il n'est pas une de leurs assertions, sauf l'existence, dans quelques cas, d'altérations chroniques d'origine inflammatoire, qui ne soit démentie de la manière la plus éclatante par les faits que nous venons d'analyser.

Si maintenant nous résumons la discussion, nous verrons que dans la très-grande majorité des cas les altérations dont il s'agit sont dues à l'âge, et que, dans quelques-uns seulement, l'inflammation a joué le principal rôle. Dans ce dernier cas, les lésions ont-elles quelque chose de particulier ? Si l'on parcourt les observations, on voit qu'elles n'occupent pas exactement la place indiquée plus haut ; qu'elles envahissent en général une plus grande étendue ; qu'elles sont irrégulières, et qu'elles consistent principalement en dépôts cartilagineux à la surface interne de la membrane interne, altération que nous n'avons pas vue figurer dans les lésions séniles.

Les autres auteurs récents se sont occupés d'une manière secondaire de la question que nous venons d'agiter, ou l'ont passée sous silence. M. Andral (*Anat. path.*) repousse l'opinion qui fait dépendre exclusivement d'une inflammation les altérations chroniques du cœur et des artères, qu'il attribue à un vice de nutrition ; mais ses raisons, bien plutôt théoriques qu'appuyées sur l'observation, n'auraient pas à coup sûr triomphé seules des arguments présentés plus haut.

Tout récemment, M. Forget, qui publie en ce moment des *Recherches cliniques sur les maladies du cœur*, a eu naturellement à s'occuper de ces lésions ; mais il ne se prononce pas sur leur mode de formation : il se contente d'étudier les signes auxquels elles donnent lieu. Il sera temps de le citer quand nous nous occuperons des symptômes. Dans un prochain article, nous aborderons l'étude clinique des altérations dont nous venons de parler.

---

6. *De l'hypertrophie concentrique du cœur ;* par le docteur A. Dechambre (1).

(Gazette médicale de Paris, n° 38.)

Tous les pathologistes connaissent la coexistence habituelle de l'hypertrophie du cœur et de la dilatation de ses cavités. Cependant il y a déjà longtemps que des observateurs justement célèbres ont cru devoir distinguer, comme pouvant exister séparément, ces deux états anatomo-pathologiques. Je n'ai pas l'intention de m'occuper ici des dilatations sans hypertrophie, ou *dilatations simples*, altérations dont les caractères anatomiques, dont l'existence même peuvent encore aujourd'hui prêter à la controverse. Je ne veux dire quelques mots que de l'hypertrophie sans dilatation. Or cet état a été signalé par Morgagni, Borsieri, Corvisart, Burns, Kreisig ; mais ce n'est véritablement qu'aux travaux de Bertin qu'il dut de passer dans la science vulgaire. Dans un premier mémoire présenté à l'Institut de France en 1811, et sur lequel Corvisart prépara un rapport qu'il ne lut jamais ; puis en 1821, dans trois

(1) Les idées qui font la base de ce travail ont déjà été exposées dans ma thèse inaugurale. J'ai été engagé à les reproduire ici par la citation trop flatteuse qu'en a faite M. le professeur Forget dans un mémoire sur les maladies du cœur récemment inséré dans la Gazette médicale.

autres mémoires qui furent cette fois, de la part de Pinel, l'objet d'un rapport très-favorable, Bertin, se fondant sur de nombreuses et patientes observations, chercha à rectifier, dans le domaine des lésions organiques du cœur, un grand nombre d'idées alors courantes; et, pour ne pas sortir de notre sujet, il crut pouvoir admettre, indépendamment de la forme ordinaire et connue de l'hypertrophie (*hypertrophie avec dilatation, anévrisme actif* proprement dit), deux autres formes, à savoir : l'*hypertrophie simple* sans dilatation et l'*hypertrophie concentrique* avec rétrécissement des cavités.

Cette division fut presque universellement adoptée; Laënnec l'appuya de ses propres observations; elle régna enfin sans opposition, au moins publique, jusqu'à ce qu'un anatomo-pathologiste d'une grande autorité vint en attaquer le fondement. Voici ce qu'écrivit M. Cruveilhier dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique*, art. *Hypertrophie* : « Les faits que j'ai eu occasion d'observer ne me permettent pas d'admettre l'hypertrophie concentrique. L'effacement de la cavité, l'épaisseur des parois proportionnellement plus considérable, me paraissent le résultat du genre de mort. Les cœurs de tous les suppliciés que j'ai eu occasion d'examiner m'ont offert ce double phénomène au plus haut degré. Les parois ventriculaires se touchaient dans tous leurs points. J'ai fait la même observation chez les individus qui ont succombé à une mort violente. Les cœurs hypertrophiés concentriquement des auteurs que je viens de citer (MM. Bertin et Bouillaud) me paraissent des cœurs plus ou moins hypertrophiés que la mort a surpris dans toute leur énergie de contractilité. « *On peut d'ailleurs s'en convaincre en voyant la facilité avec laquelle ces ventricules sans cavité proprement dite se laissent dilater par l'introduction d'un ou de plusieurs doigts.* »

M. Cruveilhier n'admet pas même, dans toute la rigueur du mot, l'hypertrophie simple du cœur. « L'hypertrophie sans augmentation notable des cavités du cœur, ou mieux *avec dilatation peu considérable et proportionnelle*, est l'hypertrophie essentielle, si l'on peut ainsi parler. (*Ibid.*) »

A ces objections, à ces expériences, que répondit-on? Une seule chose. M. Chomel dit : « Ce mode d'hypertrophie (concentrique) n'en est pas moins incontestablement établi par les observations dans lesquelles la mort des sujets a été précédée d'un affaiblissement progressif et d'une longue durée. (*Dict. de Méd.*, art. *Cœur.*) » Et cette réponse fut reproduite invariablement, sans y rien ajouter, par tous ceux qui contestèrent l'opinion de M. Cruveilhier. Articles de dictionnaires ou de journaux, traités spéciaux sur la matière, ne disent rien de plus. Or, une telle réponse, malgré la source première d'où elle émane, me paraît insuffisante. Montrer que l'augmentation d'épaisseur des parois du cœur et la réduction de ses cavités peuvent coexister chez des sujets morts à la suite d'un affaiblissement graduel et prolongé, c'est prouver très-bien que cet état du cœur n'appartient pas exclusivement aux morts violents et rapides, mais non qu'il ait été en effet le résultat d'une hypertrophie concentrique; et c'est là justement ce qui est en question. Bien plus, l'hypothèse de M. Cruveilhier s'accommoderait, ce me semble, à merveille de cas semblables, puisqu'*un affaiblissement progressif et de longue durée* est ordinairement lié à un état d'anémie générale, et que l'anémie générale, en ne permettant pas un engorgement trop considérable des cavités cardiaques aux approches de la mort, est une condition très-propre à favoriser le retrait de leurs parois, et par suite leur rétrécissement (1).

La question en est là aujourd'hui. D'un côté, on nie l'existence de l'hypertrophie concentrique, et même de l'hypertrophie simple. De l'autre, on affirme cette existence, mais sans la démontrer péremptoirement; on rapporte des observations détaillées; mais ces observations, qui peuvent être excellentes et porter en elles les éléments d'une démonstration, sont sous le coup d'une objection collective qu'on ne détruit pas; en un mot, les partisans de l'hypertrophie du cœur sans dilatation, s'ils ont raison, n'en donnent pas la preuve.

Dans ces circonstances, que fallait-il faire pour arriver à une solution? Reprendre la question à sa racine; chercher un moyen qui permît de distinguer sûrement sur le cadavre la véritable hypertrophie concentrique du simple retrait du cœur sur lui-même; puis, ce critérium trouvé, rechercher s'il était possible de le reconnaître dans les observations antérieurement publiées, et l'appliquer à des observations nouvelles. Telle est la route par laquelle il m'a paru qu'on pouvait arriver à une solution définitive.

Or, ce moyen, M. Cruveilhier l'indique lui-même. La preuve, dit-il, que ces prétendues hypertrophies ne sont autre chose que des effets accidentels de la contractilité musculaire, c'est *la facilité avec laquelle les ventricules se laissent dilater par l'introduction d'un ou de plusieurs doigts*. Là est le point de départ d'un ordre d'idées qui s'est présenté certainement à l'esprit de M. Cruveilhier quand il a invoqué cette expérience à l'appui de son opinion, mais qui ne paraît pas avoir été suffisamment compris ou remarqué par les partisans de l'opinion contraire, car il leur eût permis d'aller droit à l'objection qu'on leur opposait.

Entrons à ce sujet dans quelques développements.

On l'a dit avec beaucoup de bonheur, le cœur est un *muscle creux*. A ce titre, non-seulement il participe aux différentes propriétés spécifiques des tissus musculaires, mais encore il reconnaît les mêmes conditions d'existence et d'exercice que tout le reste du système. Partant, le cœur n'est pas seulement contractile, mais sa contractilité ne s'éteint pas immédiatement, complétement avec la vie, ou, pour éviter toute équivoque, elle ne s'éteint pas quand la vie de relation a cessé, quand le cœur a cessé de battre, le poumon de respirer; mais elle continue plus ou moins longtemps et avec plus ou moins d'énergie, suivant le genre de mort, en s'affaiblissant toutefois progressivement. Par suite de ce retrait consécutif de ses fibres, le cœur revient

(1) « Ce retrait (du ventricule), dit M. Forget dans son mémoire, s'offre parfois dans des cas de mort lente par maladie chronique, ainsi que nous l'avons vu chez des phthisiques, des hydropiques. » (Loco citato, p. 570.)

graduellement sur lui-même et chasse le sang de ses cavités qui se rétrécissent, comme les muscles du bras, par exemple, fléchissent l'avant-bras. La réduction des cavités cardiaques, comme la flexion de l'avant-bras, ne s'arrêtent qu'au moment précis où la contractilité organique est vaincue par les obstacles, ou réellement épuisée; et alors les parties gardent la position que leur a imposée l'action musculaire. Qu'est-ce donc, en définitive, que le retrait actif des ventricules avec effacement de leur cavité? Ce n'est autre chose (en négligeant la portion de retrait que l'anémie ou toute autre cause peut entraîner pendant la vie), ce n'est, dis je, autre chose que la *raideur cadavérique du cœur*.

Voilà les faits tels que la théorie les fait prévoir, tels que les démontrent les expériences et observations de M. Cruveilhier. On conçoit tout d'abord qu'un semblable effet pourra avoir lieu sur des cœurs sains comme sur des cœurs hypertrophiés, et que si ces derniers étaient dilatés pendant la vie, ils pourraient très-bien se trouver contractés après la mort; en sorte que l'augmentation évidente de la matière du cœur, et conséquemment son augmentation de poids, coïncidant sur le cadavre avec une réduction de ses cavités, prouvent seulement l'existence d'une hypertrophie réelle, et non *la forme simple* ou *concentrique* de cette hypertrophie, car c'est toujours là qu'il en faut revenir.

Maintenant il s'agit, en présence d'une telle disposition anatomique, de reconnaître si elle dépend en tout ou en partie d'un retrait cadavérique des fibres du cœur ou d'une hypertrophie concentrique. Eh bien! que faisons-nous quand, rencontrant sur le cadavre une flexion des coudes et des genoux avec tension évidente, raccourcissement des muscles fléchisseurs, que faisons-nous pour nous assurer si ce raccourcissement est purement cadavérique, ou s'il tient à une lésion organique du tissu musculaire? Nous cherchons à étendre violemment l'avant-bras ou la jambe, de manière à exercer une traction sur les muscles raccourcis. S'ils cèdent sous l'effort, s'ils s'allongent graduellement, et *conservent d'eux-mêmes, tout effort ayant cessé, une longueur normale*, nous en concluons que le tissu n'avait subi aucune altération de texture permanente et que le raccourcissement était cadavérique. Une simple contracture, un simple spasme ayant lieu dans les derniers temps de la vie, pourrait, il est vrai, déterminer un raccourcissement qui, comme le précédent, persisterait après la mort et cesserait par l'extension mécanique; mais, dans ce cas-là même, le résultat de l'extension prouverait toujours que le raccourcissement n'était pas lié à une lésion organique des fibres musculaires, et cela suffit à l'objet qui nous occupe. Que si, dans ces expériences, on allonge le muscle outre mesure, il revient sur lui-même en vertu de son élasticité physique, et reprend, à chaque expérience nouvelle, le même degré de longueur, et ce degré est toujours sensiblement celui de l'état physiologique. Au contraire, le muscle oppose-t-il une résistance invincible aux efforts mécaniques, ou bien, après avoir cédé dans une faible proportion, revient-il de lui-même à un degré de longueur inférieur au degré normal; plus de doute, il est altéré dans sa texture, il a subi un raccourcissement permanent. Enfin, il peut arriver, il arrive quelquefois qu'après avoir cédé dans une certaine proportion, il revient sur lui-même d'une quantité telle qu'il reste plus long qu'avant l'expérience et moins long qu'à l'état physiologique. Alors il y avait à la fois retrait cadavérique et raccourcissement organique et permanent. Rien n'est plus facile à constater que cette double disposition chez les sujets morts avec des rétractions musculaires anciennes, et particulièrement dans les cas de flexions permanentes des genoux par rétraction des muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux.

En résumé, *le degré de longueur qu'offre un muscle après qu'on a vaincu la raideur cadavérique, est le seul qui puisse représenter celui qu'il offrait pendant la vie.*

Ces données si simples et si certaines, transportons-les au muscle creux qui forme le cœur. Rien n'est changé aux termes de la question. Ce sont toujours des fibres musculaires susceptibles de retrait cadavérique, susceptibles de lésions de structure.

Soit d'abord le cas incontestable et incontesté où la réduction des ventricules cardiaques est un pur effet de contractilité. Les fibres musculaires du cœur sont momentanément raccourcies; les cercles irréguliers et inégaux qu'ils décrivent sont rétrécis; il suffira donc, après avoir séparé les deux ventricules à leur base, et les avoir vidés de leurs caillots, d'introduire dans chacun d'eux alternativement les deux pouces, de les écarter en sens inverse, de manière à distendre et à dilater les cercles musculeux, puis de cesser tout à coup la distension, pour ramener les fibres à leur longueur et les ventricules à leur capacité réelles. Il importe de remarquer que, pour être sûr d'obtenir complétement cet effet, il faut porter la distension jusqu'à un degré un peu supérieur à celui du retrait qu'on veut combattre, de telle sorte que, la contractilité vitale étant surmontée, l'élasticité physique du tissu soit mise en jeu. On juge qu'on a atteint ce degré quand, en suspendant l'effort, on voit les parois du cœur revenir un peu sur elles-mêmes. Le point où elles s'arrêtent marque l'état physiologique.

Supposons maintenant un rétrécissement des ventricules véritablement et uniquement dû à une hypertrophie concentrique de leurs parois, avec absence de retrait cadavérique. Quel est l'état de leurs couches musculeuses? Ces couches, ou tout au moins les plus internes, circonscrivent une cavité plus étroite que de coutume; cette disposition, résultat d'une nutrition exagérée, d'un agencement vicieux des molécules, est permanente; c'est, pour tout dire en un mot, *l'état* d'un cœur concentriquement hypertrophié, comme une certaine capacité des ventricules, une certaine épaisseur des parois, constituent *l'état* d'un cœur normal. Dans un cas pareil, et dans la supposition où nous nous plaçons d'une absence totale de retrait cadavérique, la distension des parois ne peut avoir d'autre effet que l'allongement *forcé* des fibres musculaires, la mise en jeu de leur élasticité physique, et leur retour, après l'effort, au degré de longueur précis qu'elles avaient auparavant. La cavité n'aura donc été ni augmentée ni diminuée.

Enfin, que le retrait cadavérique et l'hypertrophie concentrique coexistent dans des rapports variables, les ventricules se laisseront distendre d'une certaine quantité, moins que dans le premier cas, plus que dans le second ; et quand ils seront revenus sur eux-mêmes, leur cavité sera plus grande qu'avant la distension, mais plus étroite qu'à l'état normal.

Je viens de dire que, par un moyen bien simple, on rend au cœur du cadavre, s'il était sain, la longueur *normale* de ses fibres, et, s'il était hypertrophié, leur longueur *réelle*. Je n'ai pas osé dire, comme pour les muscles des membres, *la longueur qu'ils avaient pendant la vie*, parce qu'en effet, dans les alternatives incessantes de la systole et de la diastole, la longueur des fibres du cœur varie à chaque instant. Mais il n'en est pas moins certain que la vraie condition, la condition indispensable pour apprécier exactement la grandeur des anses musculeuses du cœur, fidèlement traduite par la capacité des ventricules, est, comme pour tous les autres muscles du corps, le relâchement de la fibre musculaire. Et ce relâchement ne peut être complet qu'après la destruction des derniers effets de la contractilité organique. Chose singulière ! les anatomo-pathologistes ont adopté depuis longtemps une pratique qui, en formant pour ainsi dire la contre-partie de celle que je propose, vient donner aux vues sur lesquelles je la fais reposer leur meilleure confirmation ; et cependant, le pas qui pouvait conduire de l'une à l'autre, on a négligé de le faire ! Il est de règle en nécroscopie, quand les cavités du cœur sont engorgées de caillots, de les en débarrasser, afin de les soustraire *à la distension* qu'elles subissent, de les laisser *revenir sur elles-mêmes ;* et la capacité qu'elles conservent après ce *retrait* est considérée comme la capacité *réelle*: c'est celle qui sert à la mensuration dans les observations rigoureuses. Ainsi, on veut démasquer les apparences trompeuses de la dilatation, comme moi celles du rétrécissement ; et le moyen commun est le retour spontané des cavités cardiaques à une certaine capacité qui est réputée la véritable. En effet, la distension mécanique par des caillots sanguins ne diffère en aucune manière de la distension par les doigts. Dans les deux cas, le cœur revient sur lui-même, en vertu de son élasticité propre ; dans les deux cas, il s'arrête quand le jeu de cette élasticité est épuisé, quand les fibres musculaires sont au repos. Donc, l'artifice auquel je soumets tout cœur qui se présente à l'autopsie avec un rétrécissement de ses cavités consiste simplement à le ramener, par une distension préalable, à la condition d'un cœur engorgé par des caillots, et ainsi l'on est sûr de parer à tous les effets de la contractilité organique, sans craindre d'agrandir artificiellement la cavité.

Tel est le moyen, tel est le *critérium* que nous cherchions au commencement de cette note, et qui seul peut donner les faits dans toute leur valeur réelle. Or, il est fâcheux de le dire, ce moyen ne paraît pas avoir été mis en usage dans aucune des observations relatées jusqu'ici comme exemples d'hypertrophie simple ou concentrique. J'ai parcouru sous ce point de vue toutes celles qui ont été publiées par Bertin dans ses *Mémoires*, par M. Bouillaud dans son *Traité* (d'ailleurs si précieux) *des Maladies du cœur*, par un grand nombre d'auteurs dans des publications périodiques ; j'ai lu avec attention les préceptes donnés partout pour l'examen anatomique du cœur, sain ou malade, et nulle part je n'ai vu qu'on ait pris ni recommandé les précautions que j'indique, ni aucune autre analogue. Seulement, dans une observation de ce genre, communiquée à M. Bouillaud (t. I, p. 337), l'auteur, M. Fournet, après avoir admis, sur le seul témoignage de la mensuration, l'existence d'une hypertrophie concentrique du ventricule gauche, cherche à mieux asseoir encore son opinion, et la seule expérience qu'il songe à faire et invoque dans ce but, consiste à presser les parois du cœur entre les doigts ou contre un plan résistant, et à observer leur degré de compressibilité. « Par une *pression* assez forte de ses parois (du ventricule), on n'en diminue que très-peu l'épaisseur, dit M. Fournet ; et si l'on veut aller plus loin, on en produit le déchirement. » Mais de dilatation mécanique des cavités, il n'en est dit mot.

Il y a plus : la plupart des anatomistes s'accordent à déplorer l'impossibilité où l'on est de déterminer d'une manière précise la capacité normale des cavités cardiaques, et par suite le rapport de capacité des cavités droites et gauches. Ecoutez Senac : « Si l'on remplit d'eau, par exemple, ces cavités, et qu'on la pousse avec quelque force, le ventricule gauche, qui est ferme, résiste à l'injection ; au contraire, le ventricule droit est une bourse flasque et dont les parois sont fort minces, il faut donc qu'elle prête beaucoup à l'effort qui la dilate. Si l'on remplit seulement des ventricules *comme on remplit un vase*, il n'est pas aisé de les placer dans une position où ils ne soient nullement comprimés. Le poids de la liqueur peut-il leur donner une juste étendue?... Comment remplira-t-on les oreillettes exactement, sans rien ajouter à leur cavité ou sans en rien retrancher? » (*De la structure du cœur*, in-4°, t. I, p. 358.) Voici encore ce que dit M. Cruveilhier : « L'état du cœur sur le cadavre qui nous présente cet organe tel que la mort l'a surpris, ne permet nullement d'apprécier la capacité relative des cavités du cœur pendant la vie. » (*Anatomie*, t. III, p. 16.) M. Cruveilhier veut pourtant sortir à tout prix de cette incertitude, et ne voyant pas moyen de vaincre directement la difficulté, que propose-t-il? Une sorte de compromis. Il propose de *distendre* les cavités par une injection de cire ou de suif, afin, dit-il, *de les placer dans des conditions identiques* et de déterminer leur capacité par le poids et le volume de la matière contenue. C'était un grand pas dans la voie que nous indiquons, c'était un moyen de rendre les cavités comparables entre elles, *mais seulement dans une certaine condition qui n'est pas la condition normale*. Actuellement distendues par l'injection, les cavités étaient par là même agrandies. Elles l'étaient toutes, il est vrai, les droites et les gauches ; mais aucune d'elles n'avait en cet état sa capacité réelle.

J'ajoute, enfin, que non-seulement personne ne paraît avoir eu l'idée de recourir à ce moyen d'investigation, mais encore, à l'époque où je l'expérimentais moi-même, des anatomo-pathologistes éclairés, ignorant les faits et les idées qui me guidaient,

m'ont plus d'une fois reproché de changer par mes manœuvres les conditions des phénomènes et d'opérer ensuite sur des cœurs artificiellement dilatés. Je ne sais si, après ce qui précède, un pareil reproche pourra m'être encore adressé.

Ainsi que je viens de le dire, depuis que j'ai reconnu l'insuffisance du mode habituel d'investigation, j'ai mis en pratique la dilatation préalable des cavités cardiaques sur tous les cœurs que j'ai eu à examiner. Dans ce nombre, il s'en est trouvé beaucoup dont les parois apparaissaient à la première vue plus épaisses que de coutume, avec une ou plusieurs cavités plus ou moins effacées. C'est de ceux-là seulement que je veux m'occuper ici quant aux résultats de mes expériences.

Ces résultats peuvent, en ce qui concerne la question de l'existence ou de la non existence de l'*hypertrophie simple* et de l'*hypertrophie concentrique*, se partager en quatre catégories. — Dans la première, des ventricules rétrécis ou même littéralement oblitérés se laissaient dilater assez pour qu'après un léger retour sur eux-mêmes ils conservassent des *dimensions normales;* et les parois, dans ce mouvement d'expansion, *avaient perdu l'excès d'épaisseur* qu'elles présentaient d'abord. — Dans une seconde catégorie, la dilatation des ventricules était un peu plus difficile, alors même que leur rétrécissement n'était pas très-considérable. Cependant on parvenait, sans trop d'effort, à leur donner d'une manière permanente des *dimensions supérieures aux dimensions normales,* et toujours alors leurs parois restaient encore *notablement épaissies.* — Une troisième catégorie comprend les cas où, après la distension, les ventricules revenaient à des *dimensions normales*, leurs parois conservant une *épaisseur exagérée.* Dans ces cas, habituellement la distension était plus difficile encore que dans les précédents. Au lieu de sentir la fibre musculaire se détendre graduellement sous l'effort, on était presque immédiatement arrêté par une résistance inélastique, semblable à celle que donne un cœur normal quand déjà la distension de ses parois a été portée aux dernières limites de l'extensibilité. — Enfin, dans la quatrième catégorie, à quelque degré de distension que le cœur fût soumis, les ventricules un instant dilatés revenaient toujours à des *dimensions inférieures aux dimensions normales*, et les parois, un instant amincies, *à un degré d'épaisseur exagéré.*

Ajoutons que, dans ces deux catégories, le volume total du cœur ou n'avait pas sensiblement varié, ou avait augmenté; que le ventricule affecté était plus plein, plus arrondi que de coutume; que le tissu musculaire était plus incompressible (comme l'a fort bien remarqué M. Fournet), plus dense, et, si on peut le dire, d'un grain plus serré que dans la seconde, et surtout dans la première catégorie.

Il n'est pas besoin d'expliquer longuement la signification de chacun des résultats expérimentaux qui viennent d'être rappelés. D'après les principes précédemment posés, il est évident que la première catégorie appartient à la normalité du cœur, la seconde à l'hypertrophie excentrique masquée par le retrait des parois ventriculaires, la troisième à l'hypertrophie simple, et la quatrième à l'hypertrophie concentrique. Je prie de bien remarquer qu'entre les cas où les parois reviennent avec les cavités à leurs dimensions normales, et ceux où les parois restent toujours (quelle que soit la capacité que prennent définitivement les ventricules) plus épaisses que de coutume, la différence est radicale. L'état des parois dans ces conditions, c'est, comme il a été dit, *leur état réel.* Or, une augmentation d'épaisseur des parois ventriculaires avec persistance de la cavité normale, et partant accroissement de la circonférence du cœur; ou bien une augmentation d'épaisseur des parois avec diminution de la cavité, mais aussi avec accroissement ou seulement conservation de la circonférence du cœur, sont deux états anatomiques qui n'ont pas d'existence possible sans hypertrophie et sans l'une ou l'autre de ces deux formes d'hypertrophie qu'on appelle *simple* et *concentrique.* De plus, à ces conditions essentielles viennent se joindre les caractères de l'hypertrophie du cœur en général : la fermeté, la densité, l'incompressibilité du tissu, et aussi une inextensibilité plus ou moins prononcée. Ce dernier caractère est fort important; et si, pour plus de sûreté, l'on voulait constater son existence hors du cercle de la discussion actuelle, on pourrait s'adresser à ces cœurs excentriquement hypertrophiés qu'on trouve sur le cadavre largement béants, quoiqu'à peu près vides de caillots, et qui se présentent par conséquent exempts de distension et dans leur état naturel. Essayez d'agrandir davantage la cavité; le plus souvent vous serez presque immédiatement arrêté par une résistance invincible. Eh bien! ce caractère de l'hypertrophie, si fréquent dans la forme excentrique, ne perd pas ses droits dans les formes simple ou concentrique. Quand donc on le sent se manifester pendant la distension mécanique des ventricules, c'est l'indice que la simple contractilité organique est vaincue et qu'on commence à mettre en jeu l'élasticité du tissu. Mais, je le répète, tous ces caractères, auxquels il convient d'ajouter le poids du cœur, les inégalités d'épaisseur des parois, le développement anormal des colonnes charnues, etc., ne sont bons qu'à témoigner de la présence de l'hypertrophie, et non de sa forme anatomique.

Voilà donc, ce me semble, la question suffisamment élucidée. Plus de doute : il existe *une hypertrophie simple*, il existe une *hypertrophie concentrique du cœur.* Mais, hâtons-nous de le dire, après l'épreuve de la dilatation préalable, la *fréquence* de ces deux lésions organiques se trouve singulièrement réduite. Je n'hésite pas à dire que plus de la moitié, les trois quarts, peut-être, des cas qui sembleraient au premier abord appartenir à ces catégories, reviennent soit à l'état normal du cœur, soit à l'hypertrophie excentrique. En second lieu, je n'ai jamais observé un degré de rétrécissement aussi extrême que l'ont noté les auteurs. « Quelquefois, dit Laënnec, je l'ai trouvée (la cavité du ventricule gauche) tellement petite dans des cœurs deux fois plus volumineux que le poing du sujet, qu'elle aurait pu à peine loger une amande revêtue de son écorce ligneuse. (*Traité de l'Auscult.*, 3e édit., t. III, p. 107.) » Dans une observation d'hypertrophie des deux ventricules, rapportée par Lobstein,

« la cavité du ventricule gauche, dans l'endroit où il était le plus dilaté, était de *quatre lignes*. Dans les autres points, les parois se touchaient et la cavité ventriculaire n'était qu'une sorte de fente courbe dont la convexité regardait le ventricule droit. Celui-ci, également très-contracté, ayant des parois épaisses de 5 lignes, dessinait une cavité recourbée de la longueur de 11 lignes, d'un diamètre transversal de 1 l. 3/4. (*Traité d'Anat. pathol.*, p. 406.) » Chez un sujet, observé par Bertin, la cavité du ventricule droit était comblée par les colonnes charnues; « de sorte que pendant la vie le sang ne pouvait que filtrer entre leurs mailles. » Des auteurs plus modernes, parmi lesquels je citerai surtout MM. Louis et Bouillaud, ont rapporté des faits analogues. Certes, je sais tout ce que je dois à l'autorité de ces observateurs; mais tout ce qui précède ne m'excusera-t-il pas de penser que, dans tous ces cas, à une hypertrophie concentrique réelle s'était joint un certain degré de retrait cadavérique? La vie se conçoit avec un rétrécissement extrême des orifices cardiaques, quand derrière l'obstacle se trouve un réservoir charnu capable de lancer avec force le sang à travers l'étroit pertuis; mais elle semble incompatible avec une oblitération presque complète de l'organe central de la circulation. On se fortifiera encore dans cette pensée, quand on remarquera que, dans la plupart des observations dont il s'agit, le rétrécissement des ventricules se compliquait précisément de rétrécissement des orifices, sans que l'embarras de la circulation ait paru beaucoup plus prononcé qu'il ne l'est souvent sous l'influence exclusive de cette dernière altération.

Je termine ce que je me proposais de dire sur l'hypertrophie du cœur par une réflexion générale. Si, en effet, cet organe, au point de vue qui nous occupe, ne présente son état réel qu'après l'espèce de préparation que j'ai signalée, combien d'inexactitudes, quelle diversité de résultats l'oubli de cette précaution n'a-t-elle pas dû entraîner, et dans la détermination de la capacité normale des ventricules ou de l'épaisseur de leurs parois, et dans celle des différents degrés d'anévrisme ou d'hypertrophie du cœur, et conséquemment dans l'appréciation des symptômes qui leur correspondent! Il est peu de cœurs non distendus par des caillots qui ne soient plus ou moins revenus sur eux-mêmes. Toutes les fois donc qu'on les a mesurés dans cette condition, on a obtenu des résultats trompeurs. C'est assez indiquer les nouvelles recherches qui pourraient être tentées sous l'inspiration de cette idée. Pour ma part, je l'ai déjà mise en plus d'un point à profit; j'espère en profiter encore, et peut-être ferai-je connaître un jour les résultats auxquels je serai parvenu.

---

7. *Recherches sur le diagnostic des maladies du pancréas*; par le docteur F. Battersby.

(Gazette médicale de Paris, N° 39.)

On ne peut s'empêcher d'être frappé d'un contraste remarquable entre le silence qu'ont gardé les pères de la médecine sur les maladies du pancréas et l'importance réellement exagérée que leur ont attribuée les écrivains du seizième siècle et dont les opinions ne reposaient, comme l'a dit avec raison Abercrombie, sur aucune observation exacte. Higmore regardait cet organe comme le siége et l'origine de l'apoplexie, de la paralysie et de l'hystérie, pendant que Schenk, Fernel et Riolan lui accordaient une influence sur presque toutes les maladies dont l'homme peut être atteint.

Aujourd'hui le pancréas est peut-être celui de tous les organes du corps dont les maladies sont le plus négligées, ce qui tient à deux causes: la rareté de ces mêmes maladies et l'obscurité ou l'ambiguité des symptômes qu'elles déterminent pendant la vie et qui sont ou négligés ou mal interprétés; l'intérêt de la science exige donc que l'on recueille encore aujourd'hui tous les faits qui peuvent jeter quelque jour sur cette partie de la pathologie, et c'est pour remplir ce devoir que je vais rapporter l'observation intéressante qui suit, et dont je rapprocherai une partie des faits déjà recueillis sur ce point pour en tirer quelques inductions sur le diagnostic des maladies du pancréas.

Douleurs dans la région dorsale, qui s'étendent dans l'abdomen; apparition dans la région épigastrique d'une tumeur qui est prise pour un anévrisme de l'aorte; alternative de constipation et de selles aqueuses et douloureuses; éructations d'un liquide aqueux; amaigrissement rapide; mort au bout de deux ans; état squirrheux du pancréas et d'une partie des autres organes abdominaux.

Obs. I.—Je fus appelé, le 3 septembre 1843, auprès de madame M..., âgée de 55 à 60 ans; elle avait été remarquable par son embonpoint et avait toujours joui d'une bonne santé, quand, il y a deux ans, elle éprouva des douleurs vives dans le dos, qui s'étendaient jusque dans les épaules et les bras, et que l'on attribua à un rhumatisme. Au bout d'un an, on trouva dans la région épigastrique une tumeur profonde, du volume et de la forme d'une orange, offrant des pulsations avec une augmentation isochrone aux battements du pouls et un bruit de soufflet bien marqué. Il y avait aussi des éructations liquides et une douleur profondément située.

Cette tumeur disparut cependant au bout de deux mois avec les battements dont elle était le siége, et alors apparut une nouvelle série de symptômes: le malaise s'étendit à tout l'abdomen, et les garde-robes devinrent douloureuses et très-difficiles; ce qui augmenta au point qu'elle les comparait, à la fin, aux douleurs de l'enfantement.

Je la trouvai très-maigre et semblable à un squelette; la peau était comme plombée, et la conjonctive avait une teinte ictérique prononcée. Elle se plaignait de malaise et de douleurs continuelles dans l'abdomen, qui était développé et météorisé, surtout dans la région du cœcum. Dans la région épigastrique, qui était notablement tendue, on distinguait une induration profonde, solide, fixe, à surface aplatie, bien circonscrite inférieurement, placée transversalement entre les cartilages des côtes. Cette tumeur n'était le siége d'aucune pulsation; mais on distinguait à l'aide du stéthoscope un bruit de soufflet sur le trajet de l'aorte. L'épigastre et l'hypocondre droit étaient le siége d'une sensation dou-

loureuse continuelle qui augmentait par la pression sur la tumeur et qui semblait complétement étrangère à l'estomac et au foie. La constipation aggravait constamment les souffrances et exigeait souvent des lavements, qui ne pouvaient être de plus d'une pinte, avec quelques laxatifs, et le passage des matières était accompagné de violents efforts et d'une grande angoisse qui tiraient de la malade des cris aigus. Quand les matières étaient solides, elles avaient à peine la grosseur du petit doigt; le plus souvent elles étaient liquides, muqueuses et ne contenaient pas de traces de bile. Le corps, que la malade fût au lit ou levée, était toujours penché en avant. Elle était dans un état d'anxiété et de mouvement continuels, ne pouvant jouir d'un instant de repos. L'appétit, qui s'était conservé longtemps, avait tout à fait disparu; et même, à la suite d'une dysphagie qui avait été enlevée par l'application d'un emplâtre d'opium sur l'épigastre, elle ne prit plus que des aliments liquides, et encore en très-petite quantité, car les liquides eux-mêmes ne passaient qu'avec peine. Il n'y eut jamais de vomissements, mais des éructations d'un liquide transparent et amer. La bouche semblait toujours à la malade pleine de salive; la langue était pâle et nette; il n'y avait pas de soif; le pouls était intermittent et d'une force variable. Quelque temps avant la mort, qui arriva le 2 octobre, la fluctuation devint sensible dans l'abdomen; les jambes et les cuisses offrirent une anasarque énorme, et la malade ne se plaignit plus que des douleurs produites par les garderobes. Les opiacés et les laxatifs furent les seuls moyens qui procurèrent quelque soulagement. Bien qu'on n'eût employé le mercure à aucune époque, ni sous aucune forme, le ptyalisme et les éructations n'en continuèrent pas moins pendant toute la durée de la maladie. La malade portait souvent la main à l'épigastre, me disant que c'était là qu'était la cause de tous ses maux.

Autopsie 36 heures après la mort. Amaigrissement extrême, anasarque des extrémités supérieures et inférieures, fluctuation dans la partie inférieure de l'abdomen, causée par une pinte environ d'un liquide citrin. Le rectum est partout flasque et vide; le reste du gros intestin est fortement contracté et contient un mucus épais, tenace et incolore, et la muqueuse n'offre d'autre altération qu'une injection légère. L'S du colon offre à 3 ou 4 pouces de la symphyse sacro-iliaque un rétrécissement notable avec épaississement des tissus muqueux et musculeux. Cette partie du colon était maintenue solidement par la portion correspondante du mésentère, qui avait une épaisseur remarquable sur ce point et y offrait, en outre, des matières adipeuses jaunes qui augmentaient sa fermeté. Cette altération s'étendait jusqu'au colon transverse exclusivement, avec induration et contraction du tissu cellulaire sous-péritonéal du côté gauche, et enveloppait à la fois la rate et le rein du côté gauche, qui était plus petit et plus ferme que l'autre et dont la substance corticale était atrophiée avec injection du bassin. L'épiploon gastro-hépatique très-dense, dur et hypertrophié, surtout en avant de l'ouverture de Winslow, réunissait en une seule masse tous les vaisseaux et canaux qui se trouvent sur ce point et se prolongeait jusqu'à l'orifice du cardia, qui résistait à l'introduction même forcée du petit doigt... L'estomac, petit, avec sa muqueuse d'une couleur foncée, n'offre de remarquable que quelques adhérences avec l'extrémité gauche du pancréas, qui était dur, hypertrophié, et avait perdu toute trace de son organisation normale. Près du centre de cette glande et de son bord inférieur, il y avait un kyste mince, transparent, corné et disposé en travers de l'aorte; la base en était entourée d'une masse dure, cartilagineuse, squirrheuse, qui faisait une saillie dans son intérieur. Le reste du pancréas était une masse moins solide, mais résistante, ferme, et qui paraissait formée de bandes membraneuses extrêmement entrelacées.

Le conduit pancréatique n'était libre que dans la longueur d'un pouce et à partir du duodénum. Le canal cholédoque et l'hépatite n'étaient interrompus sur aucun point de leur trajet. La portion transverse du duodénum était fortement adhérente au pancréas et tellement contractée par le tissu qui l'enveloppait de toutes parts qu'on pouvait à peine y introduire l'index. Les vaisseaux mésentériques et les nerfs étaient également confondus dans cette masse squirrheuse, qui était tellement adhérente aux tissus sous-jacents qu'on ne put la détacher qu'en enlevant tout ce qui se trouve jusqu'au corps des vertèbres; l'aorte offrait sur tout son trajet abdominal des dépôts athéromateux et osseux au-dessous de la membrane interne qui était érodée sur quelques points. — Le foie était petit, d'un gris foncé et dense, ce qui paraissait tenir à l'épaississement de son tissu cellulaire. La vésicule contenait une petite quantité de bile d'un jaune clair et ses parois étaient fort épaisses. Les viscères thoraciques n'offraient rien d'anormal; il y avait d'anciennes adhérences pleurétiques. Le cœur était petit et ferme.

Dans ce cas, le pancréas, qui était plus dégénéré qu'aucune autre partie, avait été évidemment le point de départ de la dégénérescence squirrheuse qui, en gagnant secondairement les organes voisins, donna successivement lieu aux symptômes de rétrécissement du colon et de l'orifice cardiaque. Aucun de ces deux organes cependant n'était assez rétréci pour créer un obstacle absolu au passage des aliments ou des matières fécales; aussi est-il probable qu'à cette première cause se joignit un état spasmodique qui augmentait encore la difficulté du passage, ainsi que le démontre la dysphagie dont fut atteinte la malade et qui dura huit jours, pendant lesquels, ne pouvant faire passer même les liquides, elle ne fut soutenue que par des lavements de bouillon. A cette époque, la malade était confiée aux soins d'un autre médecin; lorsque je la vis pour la première fois, on ne pouvait avoir de doute sur la nature ni sur le siége de la maladie, quoique les symptômes ordinaires du squirrhe du pancréas, qui sont les vomissements, l'ictère et la douleur épigastrique, fussent ou complétement absents ou si peu prononcés qu'ils étaient nécessairement presque effacés par les phénomènes graves que déterminait le rétrécissement du gros intestin, et qu'il ne restât plus d'autres symptômes spéciaux que l'amaigrissement et la tumeur dans la région épigastri-

que. Ce sont les complications de cette espèce qui rendent si difficile le diagnostic des maladies du pancréas, difficulté que M. Roche a caractérisée avec autant de force que d'élégance lorsqu'il a dit : « Ses cris de douleur, s'il en a de propres, sont étouffés par ceux bien plus énergiques de l'estomac, du foie, des intestins ou du péritoine, toujours souffrants en même temps et bien plus vivement que lui. » On sait combien a peu de valeur le caractère de la douleur seule pour le diagnostic des affections du pancréas, et il est généralement admis que l'unique signe certain dans ces cas est la constatation de l'hypertrophie avec induration de la glande, constatation qui n'est possible qu'à une époque avancée de la maladie, lorsque l'amaigrissement est très-prononcé ; et cependant ce signe, dans le cas que je viens de rapporter, au lieu de mettre sur la voie du diagnostic, a, au contraire, induit en erreur.

Dans un certain nombre de cas, la tumeur formée par l'hypertrophie du pancréas a offert des pulsations qui auraient pu la faire prendre pour un anévrisme ; mais comme elle ne présentait aucun des autres caractères de ce produit morbide, à l'exception peut-être du bruit de soufflet, il devait réellement être difficile de commettre cette erreur. Le docteur Fletcher a présenté récemment à la Société pathologique de Birmingham un squirrhe du pancréas dont la tête était très-développée et entourait le duodénum sur lequel elle produisait un rétrécissement immédiatement au-dessous du pylore. Cette pièce avait été prise sur une femme âgée de 52 ans, qui était extrêmement amaigrie, et chez laquelle la couleur de la peau et l'expression des traits avaient annoncé l'existence d'une maladie organique ; elle s'était plainte d'une grande soif, ne conservait aucune espèce d'aliment et avait une constipation opiniâtre ; elle éprouvait des douleurs quelquefois extrêmement vives dans la région de l'estomac, vers l'extrémité pylorique et augmentant par la pression ; toute la surface de l'abdomen était douloureuse ; l'épigastre offrait une masse dure et mate où l'on distinguait à la main une pulsation simulant un anévrisme, et dont chaque impulsion était accompagnée d'un bruit de soufflet distinct tant que la malade restait couchée, mais qui disparaissait aussitôt qu'elle était levée ; position dans laquelle les pulsations épigastriques éprouvaient aussi une diminution très-notable. En auscultant avec soin toute la longueur de l'épine dorsale et lombaire, on n'y distinguait aucune trace de bruit de soufflet (*Provincial Journal*, 20 jan. 1844). Le docteur Sandwith a rapporté (*Edind, med. surg. Journal*, vol. XVI, p. 381) un cas où la cause de cette pulsation fut manifeste. Le sujet était une femme non mariée, âgée de 67 ans, qui éprouvait dans la région épigastrique des douleurs s'étendant jusque dans l'hypochondre droit, augmentant beaucoup par une pression énergique et accompagnées d'une pulsation très forte au-dessous des cartilages des fausses côtes du côté gauche ; elle était très-amaigrie, sans fièvre, très-constipée, sans appétit ni vomissements, ni envie de vomir. La douleur était quelquefois si intense que la malade semblait en délirer ; tout son corps s'agitait de la manière la plus violente ; elle déchirait ses draps et aurait voulu se déchirer les chairs. On trouva le pancréas dégénéré en une masse squirrheuse dans laquelle l'artère splénique était enveloppée.

M. Andral rapporte un cas où une tumeur du pancréas fut prise pour un anévrisme de l'aorte abdominale chez une femme âgée de 54 ans, et qui fut reçue à la Pitié après trois mois de souffrances ; elle se plaignait dans la région dorsale de douleurs intolérables qui s'étendaient dans le côté gauche du thorax, continuaient des heures et même des jours entiers, s'étendant à la fin à tout l'abdomen et se perdant dans la région de la rate. Elle comparait ses douleurs aux coups d'un marteau, ou bien à un poignard qu'on lui aurait enfoncé dans le dos. Elles étaient beaucoup plus fortes la nuit. Il n'y avait pas d'appétit ; la face était pâle avec expression prononcée de douleur. La palpation ne découvrait rien dans l'hypochondre. Une attaque de diarrhée avec fièvre ayant enlevé cette femme, on trouva le foie sain ; mais entre cet organe et le diaphragme il y avait une tumeur cancéreuse du volume d'un œuf, qui occupait la place du pancréas et était formée de matières encéphaloïde squirrheuse et tuberculeuse. Cette tumeur avait remplacé le pancréas dont on ne distinguait que quelques fibres au milieu de cette masse qui comprimait l'aorte abdominale et le plexus nerveux répandu sur ce vaisseau ; ce qui rend compte des douleurs violentes éprouvées par la malade. « Etait-il possible, se demande M. Andral, dans l'état de nos connaissances, de déterminer le siége de la maladie et d'en arrêter les progrès ? Nous ne le pensons pas, et notre expérience n'a servi qu'à nous induire en erreur. En nous rappelant des faits analogues, en considérant cette douleur perforante, ces coups de marteau reçus dans le dos, nous étions très-portés à croire à l'existence d'un anévrisme de l'aorte abdominale. »

Ces cas et un autre encore que j'ai rapporté ailleurs (*The Dublin Jour. med. Sciences*, vol, XXIV) montrent combien le squirrhe du pancréas peut simuler les symptômes d'un anévrisme de l'aorte abdominale. Dans le fait rapporté par M. Andral, la violence et la nature des douleurs, qui se rapprochaient tant de celles qu'on observe dans certains cas d'anévrisme de l'aorte, ont suffi pour induire en erreur l'un des pathologistes les plus habiles de l'époque. Dans celui que je viens de citer, l'erreur était inévitable, puisqu'il réunissait presque tous les signes physiques de l'anévrisme : non-seulement nous avions là une tumeur arrondie, élastique, placée sur le trajet de l'aorte, mais encore on y constatait des pulsations avec bruit de soufflet et des mouvements apparents de systole et de diastole, causés sans aucun doute par le développement, dès le principe, d'un kyste qui, plus tard, fut diminué par l'accroissement du squirrhe, pendant que l'adhérence interne de ce dernier à l'épine ayant éloigné l'impulsion de l'aorte, il ne restait plus dans les derniers temps d'autre symptôme que le bruit de soufflet qui ne pouvait plus induire en erreur.

La violence de la douleur n'est pas un symptôme constant du squirrhe du pancréas ; elle est ordinairement obtuse, profonde, et ressemble assez à celle du lombago ; quelquefois même il n'en existe pas

du tout, et, en raison de l'extrême maigreur du malade, on le regarde comme atteint de phthisie tuberculeuse. « J'ai vu, dit Laënnec, plusieurs fois, avec mes confrères MM. Récamier et Lisfranc, une jeune dame qui semblait phthisique et à une époque avancée de la maladie. J'affirmai constamment que les poumons me paraissaient sains, et effectivement ils furent trouvés sains à l'ouverture de son corps. La maladie était due à un squirrhe du pancréas compliqué d'un simple catarrhe. » Aujourd'hui que nous avons profité des découvertes de Laënnec, une erreur de ce genre ne serait plus possible; mais le fait n'en est pas moins intéressant, puisqu'il prouve quelle était la difficulté du diagnostic avant la découverte de l'auscultation.

Si, dans ces cas, les malades avaient offert l'ictère et les vomissements opiniâtres, il eût été plus facile d'arriver à la connaissance exacte de la nature de l'affection. On observe fréquemment, dans le squirrhe aussi bien que dans les autres maladies du pancréas, ces symptômes, qui dépendent, en partie, de l'obstruction ou de l'oblitération des conduits communs ou hépatiques, par la pression du produit organique occupant alors la tête de la glande; cette dernière comprime tellement, dans quelques cas, le pylore ou le duodénum, qu'on peut à peine y introduire une sonde, ainsi qu'il est arrivé dans les deux cas rapportés par Sewall.(*Medical and physical Journ.*, vol. XXXI.)

Il est cependant à remarquer que le vomissement n'est pas toujours l'effet nécessaire d'un rétrécissement considérable des parties. Michaëlis a vu un cas où il n'y avait point eu de vomissement, bien que le duodénum et le pylore fussent contractés au point de permettre à peine l'introduction d'une plume d'oie; et le docteur Green en a rapporté un où il n'y eut de vomissements que dans les quinze derniers jours de la maladie, bien qu'il y eût un rétrécissement considérable du pylore, qui était à la fois induré et épaissi. Les portions ascendante et transverse du colon formaient, avec la tête du pancréas, une masse cancéreuse qui comprenait aussi le duodénum. Les canaux cystique et hépatique étaient obstrués par de la matière cancéreuse et présentaient une dilatation considérable au-dessus du point où existait le rétrécissement. Le malade offrit un ictère très-prononcé. Quand l'estomac rejette les aliments aussitôt qu'ils y ont été ingérés, on peut attribuer cet accident à l'irritation produite par l'induration ou l'hypertrophie du pancréas; quand ce vomissement n'a lieu qu'à une époque plus reculée, il est dû au rétrécissement du pylore, et on peut croire que l'obstacle se trouve au niveau de l'entrée du canal commun dans le duodénum quand le vomissement n'a lieu que deux ou trois heures après l'ingestion des aliments et quand les matières rejetées sont plus ou moins teintes par de la bile.

C'est encore au même mode de compression que l'on doit attribuer la dilatation de l'estomac, de la vésicule et des canaux, qu'on rencontre dans quelques cas où il existe un obstacle, et qui ont occasionné de singulières méprises. Un homme se présente à M. A. Petit avec une tumeur à l'épigastre, ayant la forme, le volume et tous les caractères extérieurs d'une hernie, et qui avait apparu après de violents efforts; elle était molle, compressible, facile à réduire et accompagnée de hoquet avec vomissements. Petit crut reconnaître une hernie étranglée de l'estomac ou du colon, fit l'opération en présence de tous ses collègues, et trouva l'estomac au centre de la tumeur, sans traces de sac herniaire. Le pancréas engorgé l'avait poussé en avant contre les parois abdominales, où il éprouvait une espèce d'étranglement qui avait déterminé tous les phénomènes de la hernie, et était extrêmement adhérent au pancréas. (*Discours sur les maladies observées à l'Hôtel-Dieu de Lyon.*)

La vésicule du foie a été également prise pour une hernie ventrale, ainsi qu'il résulte du fait suivant rapporté à la Société pathologique. (*Dublin Journal of med. Scienc.*, vol. XVII, p. 382.)

Obs. II. — Une femme, âgée de 86 ans, présente, quatre mois avant sa mort, les symptômes d'une maladie du foie avec présence, un peu au-dessous de l'ombilic, d'une tumeur molle, compressible, facile à déplacer et recevant une légère impulsion de la toux.

A l'autopsie, M. Smith trouva le foie d'un vert foncé, avec un certain nombre de tubercules blancs et durs à sa surface. Il y avait des tumeurs de même nature dans le pancréas, vers son extrémité droite, et la glande tout entière était à un état d'induration remarquable. La fin des canaux pancréatique et cholédoque était comprimée presque jusqu'à l'oblitération. Le canal pancréatique, dans l'intérieur même de la glande, était assez dilaté pour permettre l'introduction du doigt indicateur. Les canaux cholédoque et hépatique, en dehors du point où existait le rétrécissement, offraient aussi une dilatation considérable. Le dernier surtout offrait, sur plusieurs points, des cavités où l'on aurait pu facilement introduire deux doigts à la fois. La vésicule, énormément distendue, descendait vers la fosse iliaque droite au-dessous de l'ombilic. Une tumeur, de dureté squirrheuse et du volume d'un œuf de poule, est placée derrière le pancréas, tout à fait distincte de cette glande et traversée par l'artère hépatique. Les téguments et les organes internes sont d'une couleur jaune très-foncée.

Mondière, pour prouver que le canal cholédoque est quelquefois énormément dilaté, rapporte (*Archives de Médecine*, vol. XII) un cas où ce canal offrait une largeur de 2 pouces. Cet observateur paraît n'avoir pas eu connaissance du cas réellement extraordinaire recueilli par le docteur Todd, et sur lequel J. Frank garde aussi le silence dans son grand et récent ouvrage sur les maladies du pancréas et du foie. Nous en allons reproduire ici les principaux traits.

Obs. III. — XX., jeune fille de 14 ans, à la peau couleur d'orange, d'une maigreur considérable, offre une anasarque prononcée des extrémités inférieures. Bien que presque insensible à tout ce qui l'entoure, elle paraît cependant éprouver de vives douleurs, qu'attestent les cris aigus qu'elle pousse fréquemment. Il y a une tumeur dans l'abdomen distendu par du liquide qu'on retrouve également dans les régions hypochondriaque et épigastrique gauches, qui présentent un gonflement avec tension s'étendant au-dessous de l'ombilic. On distingue évidemment de

la fluctuation sur un point plus saillant que le reste, un peu au-dessous du cartilage xiphoïde, et à droite de la ligne blanche. Ce point est très-sensible à la pression. Dans la persuasion que c'est un abcès du foie, on pratique une ouverture qui donne issue à deux pintes au moins d'une bile verte et visqueuse.

A l'autopsie, on trouve le foie à l'état normal et les canaux hépatique et commun énormément distendus et contenant une pinte de bile; ils s'étendaient depuis la veine porte jusqu'au sacrum, passant derrière le duodénum, le pancréas et la racine du mésentère, et s'étendant dans une direction transversale, de manière à couvrir la face antérieure du rein droit et la plus grande partie du gauche. Les ramifications du conduit hépatique étaient si dilatées qu'elles recevaient facilement l'un des doigts. Une espèce de valvule que présentait le canal cystique avait empêché la dilatation de la vésicule. On ne put découvrir, dans le duodénum, la terminaison du canal commun. Le pancréas était à l'état de squirrhe, et la portion de cet organe qui se trouve en contact avec le canal cholédoque était convertie, avec le tissu cellulaire voisin, en une masse dure, solide, fortement adhérente au duodénum et à la partie inférieure du conduit biliaire dilaté, et qui semblait complétement oblitéré. (*Dublin hospital Reports*, vol. I, pag. 325.)

M. Cruveilhier a rapporté un cas de dégénérescence squirrheuse de la tête du pancréas, comprenant la terminaison du canal commun, qui était, en même temps que la vésicule, fortement dilaté, et où la face antérieure du pancréas était soulevée par une tumeur aqueuse, d'un volume considérable, et contenant un liquide séreux transparent. Elle avait la forme d'une poche oblongue et placée transversalement. On reconnut qu'elle était formée par le canal pancréatique dilaté, aux plis transversaux et aux petites ouvertures des divisions du canal, qu'on reconnut à l'intérieur. L'absence de ces circonstances aurait suffi pour éloigner l'idée que le kyste, dans le cas que je viens de rapporter, pût être attribué à ce mode de formation, lors même que son développement sur une masse squirrheuse n'aurait pas fait disparaître tout doute à cet égard.

C'est probablement aussi à la compression des veines caves et porte que l'on doit attribuer la fréquence de l'ascite et de l'anasarque dans les hypertrophies organiques et inflammatoires du pancréas. Dans un cas de ce dernier genre rapporté par le docteur Crampton (*Transactions of Association of physicians of Ireland*, vol. II, p. 137), dans lequel il y avait à l'épigastre un engorgement dur, circonscrit, presque circulaire, à bords arrêtés, très-sensibles à la pression, avec distension et fluctuation évidente dans l'abdomen, puis œdème des extrémités inférieures, les phénomènes d'hydropisie s'étaient montrés dès le quatrième jour après le début de l'attaque. Le docteur Crampton constata la nature inflammatoire de la maladie, et, de la présence de l'hydropisie, conclut que l'inflammation avait aussi gagné la séreuse.

J'ai déjà parlé de l'amaigrissement qu'amène le squirrhe du pancréas, et qui a fait dire à M. Abercrombie qu'il y a tout lieu de croire que les maladies du pancréas exercent l'influence la plus importante sur les fonctions de la digestion et de l'assimilation, et qu'elles représentent l'une des causes de l'anémie; d'un autre côté, Pimberton, faisant remarquer que le corps (dans les cas de squirrhe du pancréas) est souvent réduit au dernier degré du marasme, et que les téguments de l'abdomen semblent reposer sur l'épine dorsale, est amené à conclure que cet état peut suffire, lorsqu'il existe, pour permettre de distinguer les maladies du foie ou de la rate de celles du pancréas; car lorsque le squirrhe occupe le foie ou la rate, l'abdomen conserve presque constamment, jusque dans les derniers instants, un développement notable. Le même moyen permettra aussi de distinguer les affections mésentériques qui n'empêchent pas le ventre de conserver un certain volume. Les maladies des reins produisent également peu d'amaigrissement.

Après avoir mentionné la plupart des symptômes habituellement attribués aux maladies du pancréas, il nous reste encore à dire quelques mots de l'un d'entre eux qui a été souvent signalé par les écrivains du continent, mais dont ne paraît avoir encore tenu compte aucun des auteurs anglais; nous voulons parler du ptyalisme. D'après M. Mondière, le médecin qui soupçonne une maladie du pancréas doit, avant tout, faire attention à l'état des glandes salivaires et à leur sécrétion. Fourcroy avait déjà fait la remarque que, dans les obstructions du pancréas, les glandes sécrétaient plus de salive que dans l'état normal. Quelquefois leur sécrétion, au lieu d'être augmentée, offre au contraire une diminution. Ces différents effets sont attribués par M. Maria Gelchen à la sympathie, l'absence ou la présence du ptyalisme dépendant de la nature de la maladie du pancréas. « Il existe, dit-il, une grande sympathie entre les glandes salivaires et le pancréas, en raison, sans aucun doute, de la similitude de leur structure et de leurs fonctions, et la connaissance de cette sympathie peut nous expliquer pourquoi certaines lesions du pancréas déterminent un ptyalisme considérable, et pourquoi cette sécrétion est diminuée dans les cas d'engorgement ou d'obstruction de la même glande. » C'est encore à cette sympathie que l'on attribue certaines métastases de l'inflammation; c'est ainsi que M. Andral a trouvé le pancréas injecté chez un individu qui avait eu un engorgement considérable d'une parotide, et que Mondière a cité le cas d'une personne chez laquelle une parotite très-volumineuse ayant disparu rapidement fut remplacée par une affection du pancréas, qui fit place elle-même à une affection du testicule. Un vésicatoire appliqué sur la parotide y rappela et y fixa l'inflammation, qui s'y termina par suppuration.

La congestion vasculaire du pancréas, comme celle du foie, peut être indiquée par sa tuméfaction, par la diminution ou l'augmentation de sa sécrétion. Ces deux conditions se sont offertes dans le cas rapporté par le docteur Percival, la tumeur formée par le pancréas dans l'épigastre ayant disparu par l'effet d'une diarrhée spontanée. (*Trans. King and queen's College of physicians in Ireland*, vol. II, p. 129.)

Le docteur Copeland appuie du poids de son autorité l'opinion de ceux qui attribuent à l'augmen-

tation de la sécrétion du pancréas une certaine espèce de diarrhée (*diarrœa pituitosa* de Sauvages) qui se lie à un état morbide des glandes salivaires. Dans ces cas, dit-il, qu'on observe pendant le travail de la dentition, ou à la suite d'un traitement mercuriel, ou après la suppression d'un ptyalisme, les selles consistent en un liquide filant, glaireux, transparent, qui paraît être le résultat d'un accroissement de la sécrétion du pancréas. C'est à celle de ces diarrhées qui est le résultat de l'action du mercure que Diétrich donne le nom de *pytalismus pancreaticus mercurialis*, parce que les effets du métal, au lieu de se faire sentir sur les glandes salivaires de la bouche, se portent sur la glande salivaire de l'abdomen. C'est encore de la même forme morbide que dit M. Pereira, dans son *Traité de Matière médicale et de Thérapeutique*, qu'elle est caractérisée par un sentiment de plénitude dans l'hypochondre gauche, par une douleur brûlante avec sensibilité dans la région du pancréas, par des évacuations spumeuses, blanchâtres et souvent verdâtres, du moins au commencement, et par le mélange d'une certaine quantité de bile ; symptômes qui peuvent être rapportés à une affection du pancréas analogue à celle des glandes salivaires.

On lit dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, que, quand l'inflammation du pancréas est sympathique des glandes salivaires, on observe ordinairement une espèce de balancement entre la sécrétion du pancréas et celle de ces dernières ; que, par exemple, lorsque la salivation est très-abondante, les symptômes locaux de l'inflammation du pancréas diminuent et qu'il survient de la constipation; et que quand, au contraire, la salivation et l'irritation des glandes salivaires diminuent, on voit survenir une diarrhée abondante et les symptômes d'une affection du pancréas. L'observation suivante, rapportée par Schmackpfeffer, vient à l'appui de cette assertion.

Obs. IV.—Une fille, âgée de 29 ans, contracte la syphilis en devenant enceinte. Après sa couche, elle est soumise au traitement par le sublimé, qui, au bout de quelque temps, fait disparaître tous les symptômes, mais détermine une salivation de quatre pintes par jour. Cette sécrétion ayant diminué, il s'établit une diarrhée qui augmentait en raison de la diminution de la première. Les accidents fébriles se développèrent, la soif devint vive, l'appétit disparut, il vint des nausées, et le ventre se ballonna. La malade se plaignait surtout d'un sentiment d'anxiété dans la région épigastrique, avec chaleur et une douleur profonde, obtuse, partant de l'épigastre et s'étendant vers l'hypochondre droit. Ces accidents augmentaient lorsque l'estomac était plein. Au bout de cinq jours, l'état de la malade empira et se compliqua de vomissements bilieux ; elle accusait continuellement, au-dessous de l'ombilic, une douleur profonde qui l'empêchait de se coucher sur le dos ou sur le côté gauche, et augmentait dans les fortes inspirations. La diarrhée prit une telle intensité qu'on comptait en vingt-quatre heures jusqu'à trente selles liquides qui étaient jaunes ou aqueuses, et ressemblaient à de la salive. Alors on vit les parotides s'engorger avec rougeur et douleur, et aussitôt les selles s'arrêtèrent. La malade succomba après avoir présenté tous les symptômes d'une affection de la tête et de la poitrine.

A l'autopsie, on trouva le pancréas rouge et tuméfié, surtout à son extrémité droite. Cet organe offrit en outre une consistance anormale et fournit du sang sur plusieurs points lorsqu'on pratiqua des incisions à sa surface. Son canal excrétant était très-dilaté. Les parotides étaient enflammées, et le poumon gauche offrait quelques adhérences avec des traces d'épanchement.

Le fait suivant, rapporté par le professeur Harless, vient encore à l'appui de l'influence réciproque du pancréas sur les glandes salivaires et de ces dernières sur le premier.

Obs. V.—Un étudiant se soumet à un traitement mercuriel pour combattre quelques symptômes qu'il attribuait à une ancienne affection syphilitique. Pendant quatre mois, il prit chaque jour 6 décigrammes de calomélas et finit par faire quelques frictions avec l'onguent mercuriel pour faire disparaître des *pediculi pubis;* mais à peine avait-il pratiqué la troisième friction qu'il fut pris d'une salivation violente, pendant la durée de laquelle les selles, qui auparavant avaient lieu naturellement, furent complétement supprimées. Le professeur Harless, appelé auprès de lui, ne trouve d'autres symptômes que ceux de la salivation, avec une tension notable de la région épigastrique. La salivation fut combattue avec avantage par le quinquina et l'opium ; mais en même temps qu'elle diminuait, la tension de l'épigastre allait en augmentant : le malade se plaignait d'une sensation désagréable de chaleur dans cette partie, et en examinant attentivement, on y distinguait une légère tuméfaction ; la constipation persista, et on n'arrivait qu'à force de lavements à obtenir la sortie de quelques matières fécales très-dures. Cependant la salivation, qui avait diminué notablement, ayant reparu avec une grande violence, en même temps que les glandes salivaires présentaient subitement une tuméfaction considérable avec dureté et douleur, les symptômes épigastriques éprouvèrent immédiatement une notable amélioration. La salivation diminua de nouveau sans que le pancréas parût souffrir davantage, et enfin, le dixième jour, la salivation et la douleur épigastrique reparaissaient simultanément et persistèrent jusqu'au quatorzième jour, où le malade fut pris d'une sueur très-abondante, qui continua pendant trois jours et fit disparaître tous les accidents.

L'observation du docteur Crampton, dont il a déjà été question, confirme aussi cette hypothèse d'une influence réciproque existant entre le pancréas et les glandes salivaires ; car l'inflammation du premier paraît avoir été causée par l'imprudence du malade, qui, étant sous l'influence de la salivation, s'exposa au froid en sortant d'un bain chaud.

Nous avons déjà vu que la diarrhée alternant avec la salivation est le résultat d'un trouble fonctionnel du pancréas. Dans les cas de squirrhe de cet organe, c'est au contraire la constipation qui a constamment lieu avec complication de salivation, qui se développe presque constamment à une époque plus ou moins avancée de la maladie.

A l'appui de cette espèce de ballonnement de la

sécrétion des glandes salivaires et du pancréas, on doit citer encore ce qui arrive chez les femmes enceintes, chez lesquelles la salivation est fréquemment compliquée de constipation (*rees on desorders of the stomach*). La salivation qu'on observe assez fréquemment dans les cas de suppression des lochies et chez les femmes hystériques est attribuée, il est vrai, par le docteur Dewees à la sympathie qui existe entre les glandes salivaires et l'utérus; mais Mondière n'hésite pas à ranger la grossesse parmi les causes prédisposantes de l'inflammation du pancréas. Si l'on admet, ce qu'il serait impossible de nier, que l'afflux des liquides et l'activité sécrétoire peuvent être transmises des glandes salivaires au pancréas, on ne peut se dispenser d'accorder aussi que l'inflammation des mêmes glandes puisse également éprouver la même transmission. Chambon de Montaux ne doute pas que telle ne soit la source des liquides glaireux ou aqueux que vomissent les femmes enceintes. « En examinant, dit-il, la nature des liquides que vomissent quelques femmes pendant la grossesse, on reconnaît qu'ils sont surtout composés d'un liquide clair et analogue à la salive, et il paraît que dans ces cas une grande partie de ce liquide est fournie par le pancréas, et que, comme la bile, il remonte dans l'estomac, qu'il irrite, et qui le repousse par le vomissement. » Il doute si peu de la réalité de cette explication, qu'il l'applique même à la salivation qui se manifeste pendant la grossesse, s'appuyant encore sur ce que les anatomistes et les physiologistes sont d'accord pour attribuer la même organisation et les mêmes fonctions aux glandes salivaires et au pancréas. La diarrhée, non fébrile, qu'on observe chez les femmes enceintes, et dans laquelle les selles ne sont formées que d'une grande quantité de sérosité, peut, suivant le même auteur, être attribuée également à un accroissement de la sécrétion du pancréas.

Le fait rapporté par Mondière, et dont nous avons déjà parlé, semble indiquer qu'il existe une sympathie analogue entre les testicules et le pancréas, hypothèse que confirme la sympathie non douteuse et fréquemment constatée entre les glandes salivaires de la bouche et les testicules, et l'opinion de Portal, qui assure qu'il y a des maladies du testicule qui se portent sur la région lombaire et donnent lieu à la suppuration du pancréas et des tissus voisins. Les *oreillons* (*cynanche parotidea*) offrent une preuve non douteuse de sympathie entre les testicules et la parotide par le grand nombre de cas où la métastase inflammatoire se fait d'un organe à l'autre, métastase que l'expérience a prouvé être d'un pronostic favorable, puisqu'il est souvent arrivé, dans les cas où elle n'avait pas lieu, ou bien dans ceux où l'on cherchait à l'empêcher, que l'inflammation se portait sur un autre organe, et le plus souvent sur le cerveau et ses membranes, et déterminait des accidents presque toujours mortels. La suppression du ptyalisme de la grossesse a été également suivie d'accidents funestes dus à la même cause. Baudelocque a connu une jeune dame qui eut pendant sa première grossesse une salivation très-abondante. Bouvart et lui furent longtemps sollicités par la famille de chercher à l'arrêter; mais ils s'y refusèrent constamment. A la seconde grossesse, la salivation reparut; mais, Bouvart étant mort, on appela un autre médecin et un nouvel accoucheur, qui arrêtèrent la salivation; dès le lendemain, la malade était frappée d'une attaque d'apoplexie.

Il est probable qu'à l'aide d'un examen attentif il serait possible de reconnaître dans les cas d'inflammation mortelle du pancréas, rapportés par Schmackpfeffer et Lawrence, un semblable transport métastatique sur le cerveau et ses membranes et d'y trouver une nouvelle preuve de l'identité des relations pathologiques entre le pancréas et les autres glandes salivaires. Dans le cas rapporté par Schmackpfeffer, la suppression d'une diarrhée extrêmement abondante, qui provenait probablement du pancréas, coïncida avec le retour de la tuméfaction des parotides et les accidents qui amenèrent la mort. Dans celui qu'a publié M. Lawrence (quoique malheureusement l'état des intestins n'ait pas été indiqué à la fin), le sujet fut relâché pendant toute la durée de la maladie, se plaignit beaucoup de soif et d'une douleur quelquefois très-vive, et rapportée exclusivement au point correspondant au pancréas. La malade était épuisée et sa peau complétement décolorée. Son indisposition avait commencé vers le cinquième ou le sixième mois de sa première grossesse et présenta les symptômes que nous venons de signaler comme appartenant à une maladie du pancréas. Elle mourut cinq semaines après ses couches, sans avoir présenté aucun phénomène morbide du côté de la tête, à moins donc que l'on ne considère comme dépendant du cerveau l'irritabilité de l'estomac qu'elle éprouva pendant les cinq ou six derniers jours qui précédèrent sa mort, et durant lesquels elle ne put conserver sur l'estomac que du petit lait. A l'ouverture, on trouva les organes internes extrêmement pâles et presque exsangues, à l'exception de la rate et du pancréas. Cette glande était, dans toute son étendue, d'un rouge foncé et mat, ferme à l'extérieur, tandis qu'à l'intérieur ses lobules étaient durs et friables. Le tissu cellulaire environnant le pancréas et le duodénum, les épiploons, le mésentère, le mésocolon et les appendices épiploïques de l'arc du colon étaient couverts par un épanchement séreux. La surface de la partie de la dure-mère qui recouvrait les hémisphères cérébraux était tapissée dans le voisinage de la faux d'une couche très-mince, très-molle, presque cartilagineuse et d'une teinte rouge; il était facile de la détacher avec le manche du bistouri, et on trouvait au-dessous son apparence normale. La pie-mère offrait une légère infiltration séreuse. Les vaisseaux sanguins du cerveau étaient médiocrement pleins.

De toute cette discussion, il résulte qu'on ne peut nier les rapports étroits et la sympathie intime qui existent entre les glandes salivaires de la bouche et celle de l'abdomen. Le fait suivant, qui m'a été communiqué par M. R. Macdonnel, prouverait, s'il pouvait rester encore quelques doutes sur ce point, que le diagnostic des affections du pancréas n'est pas toujours problématique, et ferait voir dans quelle erreur est tombé récemment l'écrivain qui disait (*Dict. des dict.*, art. *Pancréas*): « Dans l'état actuel de la science, on peut quelquefois soupçonner une affection du pancréas, mais on ne la

reconnaît jamais. » Il est évident qu'il n'avait pas eu connaissance des deux cas reconnus et publiés par MM. les docteurs Perceval et Crampton.

Obs. VI. — Thomas Meigham, ouvrier, âgé de 24 ans, est admis, le 30 septembre 1841, à l'hôpital Meath, service du docteur Graves. Il rapporte avoir été sujet depuis quatre ans à de violentes douleurs d'estomac, qui, dans le commencement, ne venaient que tous les quinze jours, mais qui ensuite se firent sentir après chaque repas et quelquefois au milieu de la nuit. Il était pâle et très-maigre, la peau avait une couleur terreuse, les traits étaient tirés, et tout son extérieur annonçait un homme atteint d'une lésion organique. Cette douleur occupait l'épigastre, se faisait surtout sentir après les repas, et était calmée par le vomissement. On ne distinguait ni saillie, ni tumeur à l'abdomen, qui était partout insensible à la pression. La langue était nette et humide; le pouls, à 72, était doux et régulier, et la respiration naturelle; la constipation était constante. Le 2 octobre, il y eut un paroxysme extrêmement grave de douleur, qui fut suivi d'un vomissement, par lequel le malade rejeta un bassin plein de liquide foncé, couvert d'une écume épaisse de la même couleur. Déjà le malade avait eu une attaque semblable avant son admission à l'hôpital. Meighan passa alors dans le service du docteur Stokes, et le 6 octobre il eut une seconde attaque de violente douleur, suivie aussi de vomissement d'un liquide ressemblant au breuvage que l'on prépare pour les chevaux avec un mélange de son et d'eau, et encore sans odeur.

Le 20 octobre, on remarque que l'abdomen est plus distendu et plus saillant qu'auparavant, et on distingue facilement la fluctuation lorsque le malade est debout. Il n'est survenu aucun changement dans les autres symptômes. La constipation exigeait l'emploi constant d'un mélange d'huile de ricin et d'huile de croton. Le 20, le malade eut une autre attaque, dans laquelle il vomit un liquide brun, et n'en eut plus qu'une avant sa mort. L'ascite augmenta, les jambes s'infiltrèrent, les douleurs devinrent plus vives et plus fréquentes, l'amaigrissement marchait rapidement, et la constipation continuait toujours à être de plus en plus forte; l'abdomen cependant restait indolent à la pression, et le malade ne se plaignit jamais ni de céphalalgie ni de soif. Huit jours avant de mourir, il fut pris d'une forte diarrhée, qui résista à tout traitement, fit disparaître l'ascite et l'œdème des jambes et ramena le ventre à un état de mollesse et de flaccidité prononcées, qui ne permirent cependant pas d'y constater la présence d'aucune tumeur.

A l'autopsie, on trouve les viscères thoraciques à l'état normal; les intestins et l'estomac sont excessivement dilatés et distendus; la tunique musculeuse de l'estomac est hypertrophiée, et son extrémité pylorique a contracté des adhérences si solides avec le foie qu'on ne peut enlever ces deux organes séparément. Le pylore n'offre pas de rétrécissement; la partie de l'extrémité gauche, qui reposait sur le foie, offre une dépression bien marquée, ayant 2 pouces de long sur un de large, avec des bords épais, durs et relevés. Une incision pratiquée sur ce point met à nu un tissu cartilagineux extrêmement dense, qui se confond avec le tissu du pancréas. Le foie n'offrait aucune lésion, de même que le duodénum et le jéjunum; mais le reste du canal intestinal était couvert de petites taches de lymphe, fortement adhérentes, et qu'on dirait avoir été lancées à sa surface; la muqueuse, qui se trouvait entre elles, était fortement injectée. Le tissu sous-muqueux était épaissi et offrait presque l'aspect du cartilage. La tunique musculeuse n'offrait aucune trace d'hypertrophie.

M. Macdonnel ajoute que la netteté et l'humidité de la langue et de toute la bouche étaient extrêmement prononcées dans ce cas et appelèrent l'attention de trois médecins allemands qui, à cette époque, suivaient la clinique du docteur Graves, et contribuèrent probablement à leur faire affirmer que cet homme était atteint d'une affection du pancréas. Comme c'était la première fois que l'attention de M. Macdonnel était appelée sur ce sujet, il fut disposé d'abord à douter de l'exactitude du diagnostic porté en cette occasion, et bien que l'autopsie ait montré que les lésions n'étaient pas bornées au pancréas, cependant cette glande était assez gravement altérée pour confirmer l'exactitude de leur diagnostic, qui avait surtout porté sur l'extrême humidité et la pâleur de la langue, qu'on eût dit avoir été macérée.

On voit fréquemment, dans les cas d'ulcère de l'estomac, des vomissements d'un liquide coloré, comme celui que rendit le sujet de l'observation précédente, et qui évidemment avait été fourni par l'estomac, puisque l'état de dégénérescence avancée du pancréas ne permet pas de croire qu'il eût pu le sécréter; mais la présence du pyrosis avec éjection d'un liquide limpide alternant avec la diarrhée dans les affections chroniques du pancréas, semble devoir jeter quelque lumière sur plusieurs cas où on n'aurait pas songé à attribuer la production de ce fluide au pancréas. Nous appellerons même, à l'appui de cette assertion, l'opinion de M. Andral, qui, après avoir énuméré les symptômes ordinaires du pyrosis, tels que la constipation, la salivation, l'inclinaison du corps en avant, dans le but de diminuer la douleur, l'émission d'un liquide qui offre souvent l'apparence de la salive et est toujours doué de propriétés amères et stimulantes, en conclut que tous ces symptômes sont ceux de l'inflammation et des différentes altérations chroniques du pancréas. Suivant le docteur Kerr (*Cyclopædia of practical Medic.* Art. *Pyrosis*), nous n'avons aucune preuve évidente que ce liquide soit réellement sécrété par l'estomac, et l'on s'est appuyé, pour le regarder comme le produit du pancréas, sur la ressemblance qu'il offre avec le produit réel de cette glande. La seule raison qui l'empêche d'admettre cette origine du liquide dont il est question, c'est la difficulté que doit éprouver le fluide pancréatique à passer dans l'estomac; ce qui ne doit pas être plus difficile que le passage de la bile dans le même organe et qui s'opère probablement par un mouvement rétrograde du duodénum. MM. Magendie, Leuret et Lassaigne ont constaté, dans leurs expériences, l'alcalinité du liquide pancréatique, et MM. Tiedemann et Gmelin ont reconnu que la première partie du liquide qui s'écoulait était acide, tandis que les autres parties

étaient alcalines; mais Muller le regarde comme acide lorsqu'il est frais. Ces différents résultats permettent de croire que le fluide du pyrosis, qu'il soit insipide ou acide, peut être considéré comme un produit de sécrétion altéré, qui peut, même à l'état normal, produire des réactions différentes, suivant les circonstances, de même que la salive, qui devient alcaline dans le moment des repas, bien qu'elle soit acide dans les autres instants. Mais, dans certaines circonstances, la salive éprouve une augmentation de son acidité; c'est ainsi que Prout a observé un cas où l'acide semblait se former non-seulement dans l'estomac, mais encore dans les glandes salivaires elles-mêmes; la respiration du malade présentait une odeur de vinaigre très-prononcée. D'un autre côté, M. Guersant dit qu'il en est ainsi chez tous les individus dont les dents sont détruites par les acides, et est beaucoup plus disposé à attribuer la destruction des dents à l'action constante de la salive qu'à celle des matières vomies, qui ne peuvent avoir qu'un effet très-passager; il rappelle, à l'appui de cette opinion, qu'il a obtenu du soulagement dans des cas d'acidité en faisant tenir dans la bouche des substances absorbantes, tandis qu'introduites dans l'estomac, elles n'avaient produit aucun amendement. Il en est probablement de même du liquide pancréatique dont l'acidité peut être augmentée, ce qui arrive probablement lorsque la sécrétion en est plus abondante; car on a remarqué que les sécrétions, lorsqu'elles sont altérées en quantité, le sont également en qualité. C'est ainsi que la sécrétion des larmes, habituellement si peu sapide, devient si irritante et si âcre dans l'ophthalmie scrofuleuse, dans l'inflammation de la glande lacrymale, qu'elle excorie le bord des paupières et les joues.

On ne se laissera pas non plus arrêter pour attribuer au pancréas la production du liquide du pyrosis, par la grande quantité qui en est rejetée dans quelques cas, si on pense aux masses énormes de salive que produisent quelquefois les glandes salivaires en quelques instants, et si l'on se rappelle que le pancréas seul est trois fois plus volumineux que toutes les glandes salivaires réunies. Dewees a vu les glandes salivaires sécréter de une à trois pintes de salive par jour. Dans un cas rapporté par M. Gorham (*London medical Gazette*, 30 juin 1838), le malade cracha jusqu'à quatre pintes et pas moins de deux pintes pendant le même temps. Dans un cas de squirrhe du pancréas mentionné par Rahn (*Diagnosis scirrorum pancreatis*. Goëtting., 1796), la salivation ne monta pas à moins de dix pintes par jour. Nous finirons par une observation d'Abernethy, qui avait l'habitude, lorsqu'il parlait du pancréas, de dire que cette glande était beaucoup moins sujette aux maladies que les autres organes, à cause de la facilité avec laquelle s'opère sa sécrétion, expliquant ainsi pourquoi la plupart des anatomistes n'ont pas observé d'exemples de son inflammation.

Quelque degré de confiance que l'on accorde aux considérations que je viens de présenter sur l'origine d'un certain nombre de cas de pyrosis, on reconnaîtra au moins qu'il était convenable d'appeler l'attention sur ce sujet. Il ne peut rester, il me semble, aucun doute sur les rapports et la sympathie entre les glandes salivaires de la bouche et celle de l'abdomen, que je me suis efforcé de mettre en évidence; et si les résultats que j'ai obtenus de ces recherches sont appliqués au diagnostic des maladies du pancréas, on arrivera, dans quelques cas, à une rigoureuse exactitude qu'on ne pouvait obtenir jusqu'ici au milieu des symptômes si obscurs et si ambigus qui se présentaient à l'observateur (1).

---

8. *Mémoire sur le noma, ou cancer aquatique, ou stomacace;* lu à la Société du Haut-Bhin, dans sa séance du 15 mai 1842, par M. le docteur Weber, de Mulhouse.

(Gazette médicale de Strasbourg, septembre 1844.)

Observation de fièvre typhoïde avec noma. Cautérisation par le fer rouge; guérison.

Nous revenons souvent peut-être à la fièvre typhoïde; mais lorsque cette maladie est la première en titre parmi les maladies aiguës par sa fréquence, sa gravité, la variété de ses formes, de ses complications, de ses terminaisons, devons-nous nous lasser de la poursuivre de nos recherches et de nos méditations? ou n'est-ce pas une raison de plus pour l'observer de près et ne laisser rien échapper de tout ce qui tient à elle? Je vous ai cité dans une de nos précédentes réunions quelques cas de gangrène suites de la fièvre typhoïde; aujourd'hui je veux vous retracer l'histoire d'un nouveau cas appartenant à ceux qu'on a désignés sous les noms de noma, de cancer aquatique, de gangrène scorbutique, stomacace gangréneuse, etc. Notre confrère, M. Szerlecki, vous a déjà raconté l'histoire de plusieurs cas de ce genre.

Cette terrible affection n'est point particulière à la fièvre typhoïde; parmi les différents cas qui se sont présentés à mon observation, ainsi qu'à celle de quelques-uns de nos confrères à Mulhouse, et qui se montent à une douzaine environ, le tiers à peine a été la suite de fièvre typhoïde; la plupart doivent être attribués à la misère et aux influences malfaisantes de tout genre qui en sont la suite: l'un est survenu à la suite d'un croup où il avait été donné beaucoup de calomel; enfin, quelques-uns sont survenus sans cause connue. Mais les auteurs la signalent comme succédant volontiers à la rougeole, à la scarlatine, à la variole, encore plus souvent qu'à la fièvre typhoïde; et cela établit ainsi un point de contact de plus entre ces différentes affections.

Lorsqu'on a été quelquefois témoin de cette horrible maladie, de son début insidieux par un point grisâtre ou noirâtre, répandant une mauvaise odeur et placé aux gencives ou à l'intérieur des joues, de sa marche rapide s'étendant en peu de jours à une grande partie de la bouche, aux mâchoires, aux joues, au menton, jusqu'aux yeux, au front et au cou, rongeant tout et le convertissant en une masse noirâtre, horriblement fétide, qui en tombant laisse ouvert tout un côté de la face d'où s'écoule sans

(1) Extrait du journal anglais The Dublin Journal of medical Sciences, mai 1844.

cesse une sanie dégoûtante et une salive âcre ; lorsqu'on a vu cette gangrène résister à tous les cautères potentiels, acides muriatique, sulfurique, acétique, pyroligneux, à la créosote, au chlore, aux chlorures, etc. ; lorsqu'on a été témoin, enfin, de la triste et inévitable mort qui en est le plus souvent la conséquence, ou des vastes pertes de substance qu'elle entraîne et qu'aucune autoplastie ne pourrait réparer, on se demande s'il n'est donc pas d'agent plus puissant pour arrêter ces terribles ravages; et d'après ces idées je m'étais bien promis, de concert avec quelques-uns de mes confrères, que le premier cas qui se présenterait, je l'attaquerais par le cautère actuel.

Ce cas s'est présenté, et c'est son histoire que je veux vous retracer ici.

Une enfant de cinq ans, de constitution lymphatique, née de parents sains et n'ayant jamais été malade elle-même, présenta d'abord des symptômes fébriles peu graves et sans aucune localisation; mais bientôt le ventre un peu pris, faisant éprouver un peu de douleur à la pression; la langue chargée, blanche avec pointillement rouge, indiquèrent une fièvre typhoïde, quoique la tête restât encore parfaitement libre. Des nuits agitées, avec léger délire d'abord; puis une stupeur de plus en plus profonde se joignant au reste, confirmèrent le diagnostic. Je n'opposai à cette maladie que des rafraîchissants et quelques gouttes d'aconit, tant qu'elle ne fut pas bien caractérisée; puis, lorsque le ventre se prit, j'administrai des purgatifs huileux et salins : les premiers provoquèrent des vomissements, les seconds ne furent bientôt plus pris volontiers ; mais comme il y avait déjà une sorte de gingivite, caractérisée par le gonflement des gencives et un enduit blanc les recouvrant, je n'eus recours que le plus tard possible au calomel, craignant d'avoir trop vite une salivation. Ce n'est que lorsque l'agitation des nuits devint presque convulsive et que la stupeur persista toute la journée, que j'y eus recours, et j'eus quelque appréhension même de l'avoir employé trop tard. Suivant son effet habituel, mais seulement au bout du deuxième jour, il amena des selles et produisit un calme et un bien-être marqués. En l'espace de quatre à cinq jours, l'enfant prit environ 25 grains, mais les selles devinrent plus rares et la stupeur persista, s'accompagnant même de secousses convulsives ; alors j'eus recours de nouveau à l'huile de ricin et au vésicatoire appliqué au mollet. Ces deux agents produisirent une amélioration bien prononcée sur la fin du second septénaire, et le troisième paraissait devoir suivre une marche bénigne et nous conduire doucement à la convalescence; il se montrait déjà à la peau quelques boutons et quelques petits furoncles critiques.

Deux fois, une mauvaise odeur sentie près de la petite malade me donna quelque défiance et me fit craindre la gangrène ; mais l'examen de la cavité buccale, autant que faire se peut chez une enfant indocile, et le nez appliqué sur la bouche pour en sentir l'haleine, me rassurèrent : d'ailleurs, l'odeur sentie auprès de la malade n'était pas celle de la gangrène. Cet examen fut encore pratiqué ainsi la veille au soir du jour où le noma se déclara. Quel ne fut donc pas mon étonnement le lendemain, en entrant dans la chambre, de sentir l'odeur caractéristique de la gangrène, et ma stupeur lorsqu'en examinant la bouche au grand jour, j'y découvris quatre plaques gangréneuses aux quatre angles des mâchoires en dehors et en dedans des dents, chacune dans une étendue de deux centimètres environ, et, de plus, un point gangréneux à la face interne de la joue droite. Celle-ci présentait même déjà au dehors les caractères qui précèdent l'invasion de la gangrène : un peu de bouffissure et la pommette très-rouge.

Je résolus aussitôt d'essayer ici le fer rouge, et, sans perdre de temps, je communiquai aux parents mes craintes sur la nature du mal et sur ses suites certaines : je leur expliquai que je ne pouvais espérer de salut que par le feu ; que la mort, dût-elle suivre cette opération, serait moins cruelle encore que celle qu'amènerait la maladie, et j'obtins de suite leur consentement. Je me hâtai de réunir, pour m'aider, mes confrères MM. Muhlenbeck et Bauer, dont le dernier avait déjà vu plusieurs fois la malade avec moi, et nous procédâmes à la cautérisation dans la même matinée encore.

Nous balançâmes d'abord si nous n'arracherions pas les dents aux endroits gangrenés pour mieux appliquer le fer rouge ; mais en comptant ensuite qu'il faudrait en sacrifier douze pour découvrir en entier les quatre espaces gangrenés, nous hésitâmes devant une atteinte aussi vive au système nerveux chez une enfant déjà épuisée, nous nous contentâmes de porter le fer en dedans et en dehors des gencives et à l'intérieur des joues, le promenant plus encore sur le bord sain que sur la gangrène elle-même. Puisque la gangrène est déjà une destruction, le feu n'y peut plus rien changer; mais c'est dans la partie vivante encore, prête à être envahie par la gangrène, qu'il faut provoquer une vive réaction, une modification énergique, pour que le mal voisin perde sur elle sa funeste influence.

L'opération a présenté quelques difficultés ; et n'était la profonde conviction de sa nécessité, on aurait dû hésiter à promener ainsi huit ou dix fois des fers rouges dans la bouche d'une enfant. Les difficultés venaient en partie de ce que les cautères ordinaires sont trop volumineux et pas assez bien conformés pour ce genre d'opération; il sera nécessaire d'en faire confectionner exprès : elles venaient aussi de la peine à tenir l'enfant immobile et les lèvres écartées ; pour ceci, les crochets dont on se sert dans l'opération du strabisme pour tenir les yeux ouverts, nous furent d'une grande utilité. Enfin, ce qui nous aida, ce fut la demi-stupeur où se trouvait encore l'enfant, car, plus tard, lorsqu'elle eut mieux sa connaissance, nous nous convainquîmes combien l'opération eût été difficile par la peine que nous eûmes à lui faire ouvrir la bouche.

Aucun mouvement nerveux n'eut lieu pendant l'opération, et, après, l'enfant s'endormit profondément ; nous lui fîmes prendre quelques gouttes de teinture d'arnica, et la bouche fut nettoyée plusieurs fois par jour, d'abord, toutes les deux heures, avec une forte décoction de quinquina à laquelle était ajoutée de la teinture de cochléaria et du sirop de mûres, et, plus tard, de la teinture de myrrhe.

Malgré cette vive atteinte portée à l'organisme, la réaction fut très-modérée ; il y eut peu de gonflement

à la bouche et pas de rougeur et de chaleur bien marquées; ce qui prouve bien combien dans cette maladie l'organisme est affaissé et combien peu il faut craindre de le réveiller par les plus puissants stimulants. Si je n'aidai pas de suite l'action du cautère par des toniques à l'intérieur, c'est que je pensai que l'enfant avalerait assez de son topique pour produire de l'effet, Du reste, elle fut de suite mise à une légère diète de lait et bouillon. Ce qui est bien remarquable, c'est qu'après l'opération l'odeur gangréneuse disparut aussitôt pour ne plus reparaître, même en appliquant le nez sur la bouche de l'enfant : il y avait bien encore un peu de mauvaise odeur, mais ce n'était plus celle de la gangrène. Dès le troisième jour, les lambeaux gangrenés et cautérisés commencèrent à se détacher,et les plaies se nettoyèrent peu à peu ; quelques points douteux furent encore touchés avec le nitrate d'argent. Plusieurs dents restèrent déchaussées, et en trois endroits l'os de la mâchoire resta à découvert, sans qu'on puisse encore décider s'il s'ensuivra des nécroses, mais cela est probable. Je dois ajouter ici par postscriptum que trois points nécrosés dans la mâchoire supérieure, portant une dent molaire, et deux points plus petits de la mâchoire inférieure se sont plus tard détachés.

Pendant que la bouche s'est ainsi peu à peu nettoyée, les oreilles ont commencé à couler et ont longtemps fourni une suppuration fétide de mauvaise odeur ; de plus, de petits abcès se sont déclarés dans différentes parties du corps, et malgré une convalescence franche, ont entretenu un mouvement fébrile. Pour diminuer celui-ci, ainsi que cette tendance aux abcès, il a été administré à l'enfant quatre poudres d'un centigramme de sulfate de quinine par jour.

Est-ce que les abcès ainsi que la suppuration par les oreilles doivent être regardés comme un mouvement critique supplémentaire de celui qui se serait fait par la gangrène et qui a été arrêté par le feu ? C'est une question que je n'oserais décider.

C'est avec un bien vif plaisir qu'on a pu suivre pendant la convalescence de cette enfant le retour de l'intelligence. Aux cris inarticulés qu'elle poussait d'abord, ont succédé des larmes et puis quelques mots plaintifs, puis elle a de nouveau perçu les sons et répondu aux questions qu'on lui adressait, et en même temps que l'intelligence revenait, elle devenait aussi plus docile.

D'après ce que je connais du noma, je crois pouvoir positivement déclarer que dans ces cas où il s'est manifesté avec tant de violence, il eût presque infailliblement amené la mort ou au moins eût fait les ravages les plus graves, et que si la vie et les organes de la bouche ont été conservés, on le doit à l'action du fer rouge.

Après ce beau résultat obtenu par le cautère actuel, on est naturellement conduit à rechercher quelle valeur donnent à cet agent les auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Parmi les auteurs de maladies des enfants les plus répandus, Meiners ne parle pas du tout de cette affection, Hencke et Wendt la décrivent sans parler dans le traitement du cautère actuel ; il est au contraire indiqué dans le traité de Rau. Si nous prenons les traités généraux de pathologie, on le voit méconseillé dans l'*Encyclopédie* de Most ; mais en lisant dans la *Clinique* de Naumann et dans le *Compendium* de La Berge et Monneret l'histoire détaillée de cette maladie, ainsi que l'indication des différentes monographies qui s'y rapportent, on voit le cautère actuel recommandé avec soin, surtout par les médecins français, Baron, Billard, en particulier, et aussi par Richter, qui a fait un des traités les plus estimés sur ce sujet. Si, pour apprécier l'importance de cet agent, nous nous en rapportons à cette espèce d'axiome, qu'on peut juger une maladie difficile à guérir par le nombre des remèdes conseillés à cet effet, il y en a peu qui soient sous ce rapport aussi largement partagées que le noma. On trouve dans les auteurs que nous venons de citer des pages entières de topiques, presque tous les acides minéraux et végétaux, le chlore et les chlorures, les sels les plus caustiques, l'alun, le sulfate de zinc, le sulfate de cuivre, le nitrate acide de mercure, le nitrate d'argent, le beurre d'antimoine, les toniques, les aromatiques, les balsamiques, et jusqu'à l'arsenic; tout cela varié et combiné de vingt manières. Un grand défaut des plus actives de ces substances chimiques, c'est que nécessairement une partie est avalée pendant l'emploi qu'on en fait, et peut ainsi produire de graves accidents, tandis qu'avec le feu on ne s'expose à rien de pareil. Et si ce dernier agent provoque à peine une réaction suffisante, ainsi que nous l'avons vu, comme nous pensons que cette réaction doit être ici le but de la thérapeutique, on conçoit aisément que presque tous ces agents chimiques manquent leur but, parce qu'ils ne produisent pas une excitation assez vive et sont immédiatement délayés par les liquides qui existent à la surface ou dans l'intérieur des tissus qui se gangrènent.

Le nom de *noma* paraît convenable pour cette affection, puisqu'il veut seulement dire *ulcère rongeant*, tandis que le mot de *stomatite gangréneuse* ou *stomacace* n'est déjà plus clair, puisqu'il tend à confondre la gangrène de la bouche avec les aphthes gangréneux ou stomatite couenneuse, tandis que cette maladie est très-distincte de celle dont nous venons de parler. Elle est aussi très-distincte du scorbut, avec lequel on l'a confondue quelquefois. Quant au mot de *cancer aquatique*, on ne pourrait qu'en blâmer la conservation ; on ne conçoit pas de mot plus impropre et fait pour embrouiller des choses bien distinctes.

Avant de terminer ce petit travail, je veux d'avance soulever une question qu'on me posera et en dire franchement ma pensée. La calomel que vous avez donné dans cette fièvre typhoïde, que vous donnez en général dans ces affections, n'est-il pas cause de cette grave complication ? Si l'on réfléchit que le noma survient dans d'autres maladies que la fièvre typhoïde, et quelquefois dans celle-ci sans qu'il y ait eu administration du mercure ; si l'on pense qu'entre la fièvre typhoïde et les maladies éruptives, suivies aussi quelquefois de gangrène de la bouche sans qu'on les ait traitées par le calomel, il y a la plus grande analogie, et qu'on en peut conclure que cette analogie doit s'étendre même aux complications ; si, d'un autre côté, on considère que beaucoup de typhoïdes reçoivent du calomel,

tandis que le noma survient seulement chez un très-petit nombre ; que souvent il y a les salivations les plus graves, soit dans l'affection typhoïde, soit dans des affections vénériennes, sans qu'il y ait noma, on doit conclure qu'il n'y a pas au moins action directe de cause à effet entre le calomel et le noma.

Mais si l'on pèse, d'un autre côté, que la gangrène de la bouche survient le plus souvent dans de mauvaises conditions hygiéniques, quand les aliments sont insuffisants et de mauvaise nature, quand l'air est vicié, quand tout ce qui est en contact avec les enfants est impur et qu'il en résulte pour eux une sorte d'étiolement, un sang non suffisamment réparé; que, d'un autre côté, les préparations mercurielles ont pour effet d'atténuer le sang, d'en diminuer la plasticité, d'affaisser ainsi l'organisme, on ne peut nier qu'il ne puisse agir chez les enfants des classes pauvres comme complice des influences malfaisantes auxquelles ils sont déjà soumis, et chez les enfants de personnes plus aisées, mais déjà de constitution lymphatique, comme pouvant en partie jouer le rôle de ces deux agents nuisibles.

S'ensuivra-t-il la conséquence qu'il faut proscrire le calomel ! Ce n'est nullement mon avis ; seulement il faudra dans son administration beaucoup de prudence, suivant les tempéraments. Car, du reste, je suis tellement convaincu de l'utilité de ce médicament dans la fièvre typhoïde, que fussé-je certain que dans quelques cas c'est à lui seul qu'il faudrait attribuer le noma, je l'emploierais encore, de même qu'on fait toujours des amputations, tout en sachant qu'une partie des opérés périt par suite de l'opération.

Terminons par quelques remarques encore. Cette mauvaise odeur que j'ai trouvée chez cette enfant avant le développement du noma, est signalée aussi par les auteurs comme l'un des prodromes ; de sorte que dès qu'on remarquera quelque chose de pareil, il faudra tous les jours examiner la bouche avec soin pour saisir le premier début de la gangrène et appliquer de suite le cautère.

Enfin, le noma n'est pas tellement propre à l'enfance que nous n'ayons aussi vu, comme les auteurs indiqués plus haut, des adultes en être atteints : une domestique y a succombé l'année dernière à l'hôpital de cette ville.

Est-ce le hasard, est-ce une influence épidémique qui fait que des phénomènes pathologiques rares se rencontrent quelquefois rapprochés et comme par séries, pour disparaître ensuite pendant des années? On devrait croire à cette influence, si des cas de chirurgie ne présentaient souvent le même phénomène, si l'on ne rencontrait pas des séries de hernies, de fractures, de cas d'amputation.

Quoi qu'il en soit, il est remarquable que quatre semaines, jour pour jour, après ce cas de noma dont je viens de vous entretenir, il s'en soit présenté un nouveau, dont l'histoire n'est pas non plus, je pense, dépourvue d'intérêt. La voici :

Une enfant de près de quatre ans avait depuis plusieurs jours un peu de fièvre qu'on attribuait à l'influence épidémique de la grippe régnant alors, lorsque le jeudi, 14 avril, je fus appelé auprès d'elle pour constater un gonflement considérable des ganglions lymphatiques du cou. Il était presque sans douleur à la pression, ne gênait guère les fonctions du cou ; et comme il survenait chez une enfant de complexion assez délicate, je l'attribuai à un refroidissement et crus y reconnaître en même temps une disposition scrofuleuse. Le lendemain, la fièvre avait beaucoup augmenté, l'enfant était plus abattue ; cependant il n'y avait d'autre localisation que celle déjà indiquée et qui ne rendait pas compte de l'intensité du mouvement fébrile. L'enfant prit quelques gouttes d'aconit ; et comme des lavements simples n'avaient pu vaincre une constipation durant depuis plusieurs jours, je lui prescrivis des lavements purgatifs de mauve et de sulfate de magnésie. Le lendemain samedi, la fièvre continuant toujours et la constipation persistant, je prescrivis du calomel, qui à deux reprises déjà m'avait auparavant réussi chez la même enfant à enlever comme par enchantement des mouvements fébriles très-inflammatoires avec congestion vers la tête, ce médicament étant d'autant plus nécessaire que, comme il arrive souvent chez les enfants, aucun autre ne pouvait être administré. Il produisit, à la dose de deux grains donnée dans la matinée, deux vomissements et quelques selles. Après midi, je suis rappelé pour constater une éruption qui est survenue chez cette enfant, et je reconnais une belle éruption de scarlatine ; la petite patiente est très-abattue, la fièvre est des plus vives ; dans la soirée, le pouls monte à 175 pulsations. Cependant l'intérieur du cou n'est pas fortement pris ; l'enfant avale facilement, mais la turgescence de la face est telle qu'elle est presque violette. J'attribuai alors à l'influence de la scarlatine le gonflement des glandes lymphatiques du cou, et j'éloignai l'idée des dispositions scrofuleuses.

Je dois noter ici que déjà la première fois que je vis l'enfant, elle portait, à la lèvre inférieure, un peu à gauche, une petite éruption vésiculeuse, et que la lèvre était en même temps un peu tuméfiée ; cette éruption ne paraissait être autre chose qu'un de ces *herpes labiales* que provoquent souvent les mouvements fébriles les plus divers.

La nuit est assez agitée, mais l'éruption continue à se faire, et la peau est en même temps inondée d'une sueur profuse.

Le jour suivant, dimanche, le pouls est un peu plus calme, la figure toujours bouffie et d'un rouge foncé, l'éruption générale, sans être intense ; mais ce qui frappe surtout mon attention, c'est un point noirâtre sous l'herpès qui est à la lèvre : c'est comme une goutte de sang épanchée et coagulée sous l'épiderme. De petites ecchymoses accompagnent en effet quelquefois ces éruptions labiales, lorsqu'on les heurte ou qu'on y porte les doigts ; le doute pouvait encore être permis sur la nature de ce mal, quoique, par devers moi, je conçus les plus vives craintes que ce ne fût un commencement de noma. J'en prévins le père de l'enfant, avec injonction de m'appeler pour peu que cette petite tache s'accrût. Je ne fus pas rappelé dans la journée, et revis l'enfant le soir. Voici ce que je trouvai, et je tiens à le bien caractériser, parce que, sans l'habitude de reconnaître cette maladie, l'illusion eût encore été possible et eût permis à la gangrène de faire de plus grands progrès, d'autant plus qu'ici aucune mau-

vaise odeur ne venait encore révéler la nature du mal.

La tache qui le matin n'était pas aussi grosse qu'une lentille, était déjà double d'étendue le soir ; elle était noire avec un bord bleuâtre ; on voyait bien en l'examinant avec soin que ce n'était pas du sang épanché, mais que c'était le tissu lui-même de la lèvre qui était ainsi altéré. Autour du point noir était un cercle d'une ligne environ de large, un peu en creux, d'un rouge-jaunâtre, un peu livide, et puis toute la moitié gauche de la lèvre était bien plus gonflée que le matin, d'un rouge inflammatoire, et offrant surtout cette espèce d'induration œdémateuse qui semble être le caractère propre des tissus qui entourent cette gangrène et qui sont prêts à céder à cette maligne influence. Enfin, un des ganglions sous-maxillaires était déjà plus volumineux qu'une amande et douloureux à la pression.

Pourrait-on ici méconnaître les progrès du matin au soir : la tache double d'étendue, un cercle livide autour d'elle, une lèvre indurée, un ganglion lymphatique engorgé ; l'absorption n'était-elle pas déjà là menaçant de propager le mal ?

Aussi n'hésitai-je pas, encouragé surtout par le succès que je venais d'obtenir, à proposer ici l'application du feu, et les parents, inquiets sur la nature de ce mal dont ils constataient avec moi les progrès et n'en méconnaissant point la gravité, dans l'idée de laquelle je dus les confirmer, y consentirent sans objection.

Elle fut pratiquée de suite avec l'assistance de notre confrère, M. Muhlenbeck, et un bouton de feu promené pendant quelques secondes sur la tache noire et ses environs, y suffit. Il en résulta une escarre de la dimension environ d'une pièce de 50 cent.

La réaction inflammatoire fut presque nulle ; c'est à peine si la lèvre enfla davantage ; cependant l'escarre qui était d'abord en creux, se souleva au niveau du reste de la peau, et au bout du deuxième jour, de petites vésicules indiquant le cercle de délimitation se montrèrent d'abord à droite, puis successivement tout autour de l'escarre.

Mais les craintes de voir la gangrène reparaître ne furent pas de suite dissipées ; le côté gauche de la lèvre resta encore longtemps induré et parcouru de petits vaisseaux violacés ; ce n'est que le quatrième jour après l'opération qu'on put concevoir un espoir légitime, en voyant la lèvre se dégorger, ces taches disparaître, l'escarre commencer à se détacher, et la glande lymphatique sous-maxillaire se résoudre.

Pendant ce temps, la scarlatine suivit son cours sans autre épiphénomène, si ce n'est toujours des sueurs abondantes ; les grosses glandes latérales au cou se dissipèrent également. Le septième jour, l'escarre, qui avait environ une ligne d'épaisseur, tomba, et la desquamation commença déjà à la face.

Si l'on compare la description de cette forme de noma avec celle de la pustule maligne, telle que je la trouve dans Boyer, par exemple, on voit entre ces deux affections la plus étonnante ressemblance. Ce sont d'abord les vésicules qui précèdent la gangrène, puis c'est le point noir, qui peu à peu s'agrandit, entouré d'une aréole vésiculaire ; c'est en troisième lieu l'engorgement des parties voisines, et que Boyer décrit si bien ainsi : « Cet engorgement « a principalement son siége dans le tissu cellu- « laire, et n'est ni inflammatoire, ni œdémateux ; il « tient plutôt de l'emphysème, quoiqu'il ne soit pas « accompagné de crépitation. La tumeur est élas- « tique, rénitente, et la peau qui la recouvre est « rouge, luisante et érysipélateuse. »

Le diagnostic entre ces deux affections serait donc bien difficile, mais heureusement il n'est pas nécessaire ; la pustule maligne devant, avant tout, être attaquée par les caustiques, le serait sans doute avec plus de succès encore par le fer rouge. La seule différence importante entre la pustule maligne, toujours d'après la description de Boyer, puisque cette affection semble étrangère à notre pays, et le noma, c'est peut-être l'époque des symptômes généraux que Boyer appelle de fièvre adynamique et ataxique, et qu'il dit pouvoir survenir déjà au bout de dix-huit ou vingt-quatre heures, et au plus tard au bout du troisième ou quatrième jour, tandis que dans les cas de gangrène de la bouche que nous avons observés, le mal local souvent fait, pendant six et dix jours, les plus grands ravages, avant que la résorption purulente apparaisse avec son cortége de sinistres symptômes.

Peut-être cela tient-il à la différence des causes, qui dans la pustule maligne est un virus externe qui vient d'être déposé à la peau et tend sans doute à se propager bien plus vite qu'un virus interne, comme celui qui donne naissance au noma, et qui, ayant déjà passé par l'économie, semble être déposé à un point quelconque de la cavité buccale par un mouvement critique.

Si l'analogie que j'ai cherché à établir ici entre la pustule maligne et le noma est juste, cela résout, contre Boyer et en faveur de Bayle, la possibilité de pustules malignes par cause interne.

Dans la première observation, j'ai insisté sur l'odeur gangrénense et une certaine mauvaise odeur, avant même le développement de la gangrène, comme moyen de diagnostic ; dans ce cas-ci, il n'y a rien de pareil pour mes sens ; cependant la mère de l'enfant m'a dit, après avoir observé une mauvaise odeur dès la nuit précédente : J'insiste sur ce point pour qu'on ne perde pas un temps précieux à attendre ce phénomène caractéristique ; il tient probablement à ce que à cette époque l'épiderme n'étant point encore rompu sur la tache noire, isole celle-ci du contact de l'air extérieur, tandis que lorsque la gangrène se déclare aux gencives et à l'intérieur des joues, elle est de suite ramollie par la salive en contact avec l'air, et se montre sous forme d'une matière pultacée, grisâtre ou noirâtre.

---

9. *De la chute et de la reproduction des poils, des cheveux, des ongles et de l'épiderme, après les affections typhoïdes graves ;* par M. Facen, médecin à l'hôpital de Venise (1).

(Ann. de Thérapeutique et de Toxicologie, août 1844.)

Le sujet de ce mémoire m'occupe depuis 1839 ; je l'ai déjà touché en passant dans mon travail *sur la*

(1) Memoriale della medec. comtemporanea, mai 1844.

fièvre gastro-typhoïque, publié en 1840; je le complète aujourd'hui en le reprenant dans ses détails d'ensemble. Chez l'homme, comme dans toute la famille des mammifères, la surface du corps est plus ou moins couverte de poils qui, à l'instar des plumes chez les oiseaux, sont destinés à servir d'ornement et à d'autres offices encore. Les poils sont ou permanents ou provisoires (*decidui*), selon qu'ils sont implantés profondément ou superficiellement dans le derme. Les poils provisoires donnent lieu à la *mue* chez les animaux, surtout à l'époque du rut. L'anatomie nous a parfaitement signalé la nature des poils. Chaque tige pilaire émane, comme on sait, d'un organe vésiculeux qu'on appelle bulbe et qui est implanté dans le derme. Le bulbe offre une forme et un volume variables ; il est ici ovale, là rond, à côté pyramidal, selon la nature des poils qu'il doit sécréter ; il constitue un sac fibreux, composé de deux membranes dures et résistantes, implanté dans le tissu cellulaire sous-cutané, avec son sommet retourné vers le derme et ouvert à ses deux extrémités. Il constitue, par conséquent, une sorte de crypte sécréteur, dans lequel entrent, par l'ouverture postérieure, des vaisseaux sanguins et lymphatiques et des filaments nerveux destinés à la nutrition et à la vie de la racine de chaque poil. Par son ouverture antérieure s'élance la tige pilaire, laquelle vient traverser le derme et l'épiderme. Les petits vaisseaux s'épanouissent dans la membrane interne et y sécrètent une sorte de lymphe gélatineuse, dans laquelle nage la racine de chaque poil. Chaque bulbe est entouré d'une enveloppe celluleuse qu'on appelle *fanère*.

« La racine de chaque poil, dit Caldani, est blanche, conique, souvent courbe ; elle nage dans une humeur visqueuse ou grasse qui occupe la cavité cylindrique du sachet indiqué... Chaque poil est accompagné de la membrane interne du sachet ; il sort du bulbe et perfore le derme obliquement, et, parvenu à l'épiderme, il entraîne avec lui une couche très-mince de cette membrane jusqu'à une certaine hauteur, de sorte qu'elle forme autour de la tige une sorte de gaîne, véritable étui qui, dans les longs poils, se termine en mourant. On peut considérer chaque poil comme formé de plusieurs filaments élastiques, joints ensemble à l'aide d'un tissu cellulaire très-court et par la gaîne extérieure. On en a compté quelquefois jusqu'à dix qui, dans les longs poils, comme les cheveux, se terminent en deux pointes et forment les cheveux bifurqués. L'extrémité des poils est conique. » (*Nuovi elem. di Anat.*, t. II, p. 128. Venise, 1824.)

M. Berzelius considère les poils comme autant de petits tubes cornés, ne différant autrement des plumes et des cornes que par leur volume. Si l'on arrache brusquement une soie de porc, ou de la moustache d'un chat, on constate aisément à l'aide d'une lentille la racine qui, étant coupée du bulbe, paraît déchirée, et l'on peut vérifier facilement les données anatomiques qui précèdent. Les physiologistes ne s'accordent point, au reste, sur le mode d'accroissement des poils. On admet, il est vrai, que le poil émane du centre du bulbe et tire sa subsistance de la lymphe gélatineuse qui transsude de la membrane interne vasculo-nerveuse de la capsule bulbienne ; mais les uns disent que c'est par des couches coniques et concentriques que l'accroissement s'opère, comme dans les cornes des animaux, tandis que d'autres prétendent que la chose a lieu par une sorte d'imbibition.

Si la première opinion était prouvée, on pourrait trouver dans l'étude du développement des cornes un éclaircissement sur le mode de nutrition et d'accroissement des poils. La structure lamellée, qui résulte des cônes concentriques qui constituent chaque poil d'après cette doctrine, permettrait de concevoir comment un poil, lorsqu'il tombe spontanément (mue) ou par maladie, se reproduit très-facilement, par la raison que les premiers cônes de la racine persistent ; tandis que l'arrachement qui entraîne les cônes originaires, ou la chute spontanée qui s'accompagne de leur atrophie, comme dans la vieillesse, après les grands chagrins ou les excès vénériens, n'est pas suivie de reproduction. On prétend généralement que les poils sont des productions cornées inorganiques ; aussi sont-ils insensibles à la coupe, et le microscope le plus fin n'a pu y découvrir le moindre rudiment de circulation. Cependant si leur existence n'était pas réglée par un influx nerveux et par une circulation, s'ils n'avaient pas de vitalité, en un mot, leur accroissement n'aurait pu non plus se faire régulièrement ; et lorsqu'ils tombent spontanément, ils ne devraient pas se reproduire avec la même régularité que les premiers. On sait d'ailleurs qu'il est d'autres parties du corps qui semblent, en apparence, dépourvues de vaisseaux et de nerfs dans l'état normal, et que les maladies pourtant rendent extrêmement sensibles dans certaines circonstances ; qu'elles se tuméfient et donnent même du sang dans quelques cas, etc. D'après les analyses chimiques, les poils offrent la même composition que les cornes, les ongles et l'épiderme, la seule différence étant dans la forme. Il est cependant quelques particularités élémentaires qui rendent compte de la différence de couleur, de consistance, de flexibilité que les poils présentent chez l'homme et chez les animaux ; je ne m'y arrêterai pas. Je rappellerai seulement un fait qui se rattache à notre sujet, savoir, que le principe colorant se trouve dans la matière grasse des poils. En effet, l'alcool leur enlève aisément la couleur et les laisse tout à fait blancs ou gris, ce qui conduit à penser que dans la vieillesse les poils grisonnent ou blanchissent par cessation de la sécrétion de matière grasse, par obstruction ou atrophie lente des vaisseaux des bulbes. C'est ce qui a lieu aussi par suite de chagrins profonds et même par l'action d'un froid très-intense, car on voit dans les hivers rigoureux le lièvre des Alpes blanchir manifestement, tandis que son poil est gris en été. On voit aussi les poils devenir blancs sur les lieux des brûlures, des ulcères anciens, faute de sécrétion de matière grasse colorante. J'ai observé plusieurs individus perdre instantanément et sans retour la barbe et les cheveux, par suite d'un effroi, et d'autres blanchir en un instant par la même cause, soit dans la totalité, soit dans une partie des cheveux et de la barbe. On se rend compte de ces phénomènes par l'influence de la cause sur la circulation périphérique. Au reste, on comprend que, n'étant doués une

d'une faible vie latente, les poils ne peuvent être sujets à un grand nombre de maladies. Je ne m'occuperai ici que de leur chute chez les convalescents de fièvre typhoïde grave.

Un premier fait important à noter, c'est que cette chute n'a lieu qu'après que la maladie a déjà disparu et que le malade est entré en pleine convalescence; de sorte que c'est là une donnée précieuse pour le pronostic. On dirait que l'organisme se trouve alors dans les mêmes conditions que celui des animaux qui subissent normalement le même phénomène à l'époque de la mue, qui, comme on sait, succède ordinairement à celle des amours; tous les animaux cependant n'y sont pas sujets; l'homme en est exclu, mais, en cas de maladie, ses conditions organiques peuvent changer. On ne peut cependant comparer une pareille chute chez l'homme à celle qui s'observe dans la vieillesse, car à cet âge le fait est physiologique et il n'y a pas de reproduction, tandis que dans l'autre cas il s'agit d'une sorte de crise physico-pathologique et les poils se reproduisent. Ceci mérite quelque considération.

Dans le cinquième chapitre de mon ouvrage sur la fièvre gastro-typhoïque, j'ai soutenu que la pathogénie et la nature de cette maladie dépendaient complétement d'une condition hypersthénico-irritative qui en constituait la diathèse, et que cette condition avait pour point de départ des aliments de mauvaise espèce, qui irritaient l'estomac et les intestins d'abord, et transmettaient ensuite de proche en proche leur action aux systèmes lymphatique et veineux, puis à tout l'organisme, avec réaction fébrile générale, communicable par miasme; ce qui rend la maladie épidémico-constitutionnelle. C'est aussi à la même condition irritative et phlogistique que nous attribuons d'autres affections qui envahissent si souvent le bas peuple, telles que la variole, la scarlatine, la miliaire, le choléra, la fièvre jaune, etc. Reçu soit par un miasme, soit par les aliments, le principe de la maladie paraît porter plus particulièrement son action sur les vaisseaux des organes membraneux et de la peau; en particulier, sur ceux de la muqueuse gastro-intestinale et de la séreuse cérébro-spinale. Il en résulte des symptômes d'abord gastriques, puis dermiques (pétéchies), enfin cérébraux. Par la première action sur les follicules de Peyer et de Brunner, il s'ensuit de la rougeur, du gonflement, des ulcérations, des perforations dans l'intestin; mais bientôt le mal se propage à tout le système, et des phénomènes nerveux se déclarent. Le principe varioleux paraît transmettre électivement son action aux glandes cutanées; il les irrite, les congestionne, les enflamme, les fait suppurer; mais il arrive également que le mal réagit sur les enveloppes du cerveau, et il s'ensuit des phénomènes analogues à ceux de la fièvre typhoïde. On peut en dire autant de plusieurs autres affections contagieuses. Il résulte de ces simples remarques que la condition hypersthénico-irritative qui constitue l'essence de la fièvre typhoïde doit, lorsqu'elle est assez intense, se transmettre à la peau par continuité de tissu (les muqueuses et le derme n'étant qu'une même enveloppe) et porter nécessairement atteinte au système dermique. L'irritation phlogistique envahit tous les tissus du derme, les glandes mucipares, comme les follicules sébacés, les bulbes pilifères, comme les vaisseaux, les nerfs et l'épiderme. Aussi voyons-nous dans la période avancée des fièvres typhoïdes la peau s'affecter manifestement, devenir aride, âpre, ratatinée, sèche; quelquefois se couvrir d'une humeur visqueuse, tenace; d'autrefois acquérir une teinte livide, terreuse, obscure. De là, la desquamation de l'épiderme, l'intumescence leuco phlegmasique, l'éruption miliaire ou phthiriasique (pédiculaire), des ulcérations dermiques ou des abcès multiples, phénomènes qui ne peuvent laisser de doute sur la transmissibilité de l'irritation phlogistique du derme interne au derme externe. Cette irritation externe n'est, au fond, qu'une véritable dermite, ou, si l'on veut, d'après le langage de notre école, une phlébo-artérite capillaire périphérique. Les bulbes pilifères participent nécessairement à cette action morbide. L'idée qui se présente naturellement, c'est que les petits vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques qui animent la membrane interne ou sécrétoire de chaque bulbe, et qui nourrissent les tiges pilaires, doivent se ressentir plus ou moins de ce travail irritatif, et leur fonction s'altérer en proportion; de là, probablement, une sorte d'atrophie des poils qui en dérivent, et par suite leur chute spontanée. En d'autres termes, dans la période la plus avancée de la fièvre typhoïde, les tuniques des ampoules bulbiennes sont frappées elles-mêmes de la même condition qui constitue la source de l'affection dothinentérique, et il en résulte un trouble de leur fonction physiologique. Cette condition étant de sa nature phlogistico-irritative, doit nécessairement parcourir une longue période avant de se résoudre; les poils ne recevant plus l'alimentation ordinaire doivent finir par mourir et tomber. Cependant ils ne se détachent pas immédiatement de leur bulbe; ils y restent attachés pendant quelque temps, par la raison que le point d'implantation de la tige y reçoit encore probablement quelques sucs alimentaires pendant quelque temps. Le bulbe restant néanmoins, finit par reprendre sa vigueur, et des poils nouveaux se produisent. La nouvelle sécrétion dans la convalescence chasse les tiges pilaires anciennes atrophiées, et détermine leur chute à l'instar d'un os nécrosé qui est expulsé par le bourgeonnement du nouvel os. De longues observations sur des sujets typhoïques ne m'ont pas laissé de doute à cet égard.

J'ai recueilli beaucoup de cheveux, à mesure qu'ils tombaient, de la tête d'une jeune personne qui avait passé par tous les degrés d'une fièvre typhoïde des plus graves, et qui avait échappé comme par miracle, et je les ai examinés attentivement au microscope; j'ai comparé ces cheveux à ceux d'une autre jeune personne bien portante, de même âge, de constitution analogue et de chevelure de même couleur; la différence était bien remarquable. Les cheveux de la première étaient plus maigres, plus raides, et se terminaient par une racine conique et sans ce petit renflement graisseux qu'on rencontre dans les cheveux sains; tandis que ceux de la seconde offraient un aspect plus doux, plus flexible, plus luisant et plus rond; leur racine présentait un renflement graisseux, blanc, mou, et laissait transpirer une humeur très-ténue. Les ayant fait analyser

chimiquement, séparément, les cheveux de la convalescente ont donné moins de mucus.

J'ai déjà fait remarquer que chez les convalescents de maladies graves, surtout de fièvre typhoïde, les poils ne tombent pas immédiatement après la cessation de la fièvre; ils ne commencent à tomber que vingt ou trente jours après; la chute marche lentement jusqu'à ce que tous les cheveux, tous les poils de la barbe et du reste du corps finissent par disparaître. Les nouveaux poils paraissent d'abord minces comme un faible duvet; ils se développent ensuite et acquièrent petit à petit de la consistance, de l'épaisseur, de la longueur, et ils finissent par devenir aussi abondants et aussi forts que les anciens, dans l'espace de trois à six mois. Chez les jeunes personnes ou les jeunes femmes, et chez les jeunes gens pubères, de bonne constitution, la chute et la reproduction des poils est prompte et régulière. Chez les vieillards faibles, au contraire, la chose n'arrive que lentement et irrégulièrement; ou bien la chute n'a point lieu; ou bien encore il n'y a pas de reproduction; ce qui les laisse chauves et imberbes. La chute des poils ou leur reproduction ne s'observe pas non plus chez les sujets dont la fièvre typhoïde ne se termine pas par une résolution franche et complète. On comprend aisément ces différences, que nous avons vérifiées sur un très-grand nombre de malades, en se rappelant la doctrine que nous venons d'émettre sur le mécanisme de la chute de chaque tige. Il est clair, en effet, que la nouvelle production qui doit chasser l'ancienne s'engendre plus promptement chez les jeunes gens robustes que chez les sujets avancés en âge et plus ou moins débiles. On comprend pareillement comment il se peut que chez quelques sujets jeunes la reproduction n'ait point lieu : c'est lorsque l'irritation dermique a été portée au point de compromettre tout à fait la vitalité du bulbe lui-même. Lorsque le travail d'irritation a anéanti et la tige et le bulbe, le poil, quoique mort, ne tombe pas de suite, par la raison qu'il n'est pas expulsé par une nouvelle production pilaire; il y reste mécaniquement attaché, mais il perd son lustre et se laisse aisément enlever au moindre frottement.

On peut se demander à présent à quoi tient la *mue normale* chez les animaux. Il est facile de s'en rendre compte d'après les données précédentes. Pendant leur rut, la vie est pour ainsi dire concentrée dans les organes abdominaux; elle abandonne en partie la périphérie, et les bulbes éprouvent une sorte d'anémie; ce qui entraîne la mort des poils. Après l'époque des amours, il s'opère une réaction excentrique, et les bulbes reprennent leur faculté sécrétoire; dès lors les anciens poils sont expulsés par les nouveaux. J'ai examiné au microscope des poils d'un cheval en mue et d'autres d'un autre cheval qui n'était pas dans la même condition; j'y ai trouvé une différence très-grande : les premiers étaient plus maigres, plus secs, plus rigides, moins luisants que les seconds, et en même temps dépourvus du renflement graisseux dont nous avons parlé. C'est exactement comme chez les sujets qui les perdent par maladie. A la cause que je viens d'indiquer, il faut en ajouter une autre qui favorise la mue chez les animaux : c'est le froid de l'hiver. Je crois avoir remarqué que la mue du printemps est d'autant plus générale et abondante que l'hiver a été rigoureux. La concentration de la vie pendant le froid est la cause véritable de la mue. Le grisonnement de la barbe et des cheveux qui succède à certaines causes morales se rattache au même principe. Il est à remarquer cependant que quand les poils ou les cheveux tombent par cette cause, ils ne renaissent pas ordinairement, bien que le sujet soit encore jeune. Je n'ai pas eu l'occasion d'observer de ces poils tombés par suite d'une peur; mais j'ai connu plusieurs personnes qui étaient devenues chauves et imberbes du matin au soir par cette cause. Quelquefois la chute n'a été que partielle ou par places. On dirait que la cause morale asphyxie ou tue la vitalité du bulbe dans ces occurrences, et qu'elle détermine par là soit l'albinisme, soit la mort de la tige et de l'organe sécréteur. Supposez à présent un travail inverse au précédent dans les capsules bulbiennes, et vous aurez une sursécrétion de matière pileuse; de là, la génèse de poils puissants sur certaines régions malades, ainsi qu'on le voit sur le visage de certaines femmes dont la peau était glabre autrefois. Arrivons à l'épiderme.

L'*épiderme* n'est, d'après certains auteurs, qu'un corps inorganique. Notre grand anatomiste Caldani considère cette membrane comme formée par la surface externe du réticule malpighien, condensé et desséché par le contact de l'air et des autres corps, et dépourvue, ainsi que le réseau lui même, de vaisseaux et de nerfs. Cette membrane est, comme on sait, plus ou moins serrée, selon que les régions qu'elle couvre sont plus ou moins exposées au contact de corps rudes; elle est criblée d'un très-grand nombre de trous, véritables pores d'exhalation et d'absorption, et par les tiges pilaires elles-mêmes qui la traversent partout; mais est-il vrai que ce soit là un corps inorganique? De ce que le scalpel anatomique n'y découvre pas de vaisseaux et de nerfs, il ne s'ensuit pas qu'elle ne soit pas vivante. Ce qui me fait penser que l'épiderme est organisé et vit à sa manière, c'est que lorsqu'il tombe il se reproduit exactement et toujours avec les mêmes formes, et qu'il ne tombe que lorsqu'il est mortifié ou que les tissus sous-jacents, avec lesquels il vit en communauté sont eux-mêmes malades ou morts. Plusieurs reptiles et insectes changent souvent, comme on sait, tout l'épiderme; tels sont les sauriens et les ophidiens; d'autres animaux en changent aussi partiellement. Chez l'homme lui-même, l'épiderme du cuir chevelu se renouvelle souvent; il tombe, en effet, sous forme de petites squames furfuracées. On sait d'ailleurs que dans les dermatoses en général, depuis la pellagre jusqu'à la lèpre, et depuis les herpès jusqu'à l'érysipèle, pour ne pas parler des maladies fébriles, l'épiderme se desquame, tombe et se reproduit (1). Il résulte d'autre part, de l'analyse chimique, que l'épiderme offre une texture lamellaire, peu elastique, difficile à se putréfier; que, brûlé, il exhale une odeur ammoniacale, propre aux substances cornées;

(1) On peut voir sur la question de l'organisation de l'épiderme un excellent travail de M. Mojon, intitulé : Osservazioni anatomico-fisiologiche sull' épidermide. Broch. in-4°. Gênes, 1820. (*Note du traduct.*)

qu'il s'imbibe d'eau tout en restant indissoluble; que l'acide nitrique le colore en jaune, le sulfurique et le nitrate d'argent en noir, l'hydrogène en gris. Les alcalis le crispent et le détachent. Quelques chimistes lui trouvent les caractères du mucus induré ; d'autres, ceux de l'albumine coagulée. Toutes les substances caustiques minérales et organiques le soulèvent et le détachent du tissu réticulaire; le calorique léger en fait autant. Le même phénomène a lieu dans les convalescences des affections typhoïdes graves ; il se soulève, s'exfolie, se desquame et tombe peu à peu de toute la surface du derme et donne lieu à un épiderme nouveau qui repullule sous l'ancien.

Ce phénomène de la chute de l'épiderme a lieu souvent avant celle des poils; il ne se détache pas complétement avant que le nouvel épiderme ne soit déjà formé. Cette chute et cette reproduction, dans les fièvres typhoïdes comme dans d'autres maladies graves et dans les dermatoses, dépendent sans aucun doute des mêmes causes morbides et du même travail des extrémités capillaires du système vasculaire cutané et des glandules sécréteurs. Nous venons de voir que l'irritation phlogistique, dans les fièvres typhoïdes, se propageait de la muqueuse gastro-entérique dans les lymphatiques chylifères et dans les capillaires veineux, et, par continuité, jusque dans le réticule malpighien externe qui suit à la muqueuse gastro-entérique; que là s'engendrait un nouvel afflux sous l'influence de l'irritation, puis une phlogose nouvelle, et consécutivement l'obstruction des petits vaisseaux cutanés sécréteurs et excréteurs; qu'enfin la circulation capillaire périphérique était troublée au point qu'il s'ensuivait la consomption, l'atrophie et la mort des poils, et nous pouvons ajouter aussi de l'épiderme et des ongles. Après, cependant, que ce travail irritatif et phlogistique a été dissipé à l'aide des moyens de l'art et des forces organiques, que les parties sont revenues à leur état naturel, et les fonctions rétablies à leur rhythme normal, la nature tend de suite à réparer les pertes opérées pendant la fatale révolution; un nouvel épiderme est de suite engendré, lequel expulse, détache et exfolie l'ancien, sous forme de squames ou lamelles plus ou moins étendues. Ces exfoliations et ces reproductions dans les maladies typhoïques graves ne s'effectuent pas dans un ordre régulier très-précis; la nature n'y procède que par sauts ordinairement. Tantôt ce sont les joues, tantôt le cou, la poitrine ou les bras qui ouvrent les premiers la voie à l'élimination; d'autres fois, plusieurs parties se dépouillent en même temps, ou les unes plus et les autres moins, selon le degré d'altération qu'elles ont éprouvé. Nous devons ajouter que dans certains cas l'épiderme se change, non une fois, mais deux et trois fois de suite durant la convalescence, tandis que les cheveux ne se renouvellent qu'une seule fois. Le nouvel épiderme, après la chute de l'ancien, se montre très-délicat, sensible, facile à déchirer, luisant, doux au toucher; par la suite cependant il acquiert de jour en jour de la consistance, de la dureté, et finit par devenir insensible, de nouvelles couches s'ajoutant aux premières, surtout vers les points sujets à des contacts répétés ou à des frottements. La rougeole, la scarlatine, la variole, la miliaire et l'érysipèle, parmi les maladies exanthématiques fébriles; la lèpre, la pellagre, les herpès et la gale, parmi les dermatoses apyrétiques, s'accompagnent généralement d'un tel travail dans le derme qu'elles sont suivies de l'exfoliation de l'épiderme.

Les *ongles* sont une continuation du réticule malpighien et de l'épiderme, et ils offrent la même composition, si ce n'est que leur substance présente une plus grande quantité de matière muco-albumineuse, de nature cornée et épaissie. Leur racine s'insère dans le tissu cellulaire sous-cutané, leur face profonde adhère fortement au tissu cellulaire sous-jacent. Je répéterai à leur égard ce que je viens de dire de l'épiderme : de ce qu'ils ne paraissent pas sensibles quand on les coupe, il ne s'ensuit pas qu'ils soient inorganiques, qu'ils ne contiennent pas de vaisseaux ni de nerfs. Les griffes et le bec des oiseaux, les ongles des animaux carnivores, le sabot et les cornes des herbivores, les squames ou la cuirasse de la tortue, etc., sont de même nature que les ongles humains. L'analyse chimique y accuse la présence de beaucoup de mucus, de l'albumine, du soufre, une huile animale, divers sels métalliques et terreux, comme dans les cheveux et dans l'épiderme, dont ils ne sont qu'une continuation plus condensée. Alibert a donné le nom d'*onigose* au traité des maladies des ongles; je ne dois m'occuper que de leur chute spontanée et de leur reproduction à la suite des fièvres typhoïdes. La reproduction cependant a rarement lieu dans ces occurrences; je ne l'ai observée que dans trois cas seulement que j'ai suivis avec beaucoup de soin, les voici (je ne m'arrêterai qu'aux détails relatifs aux ongles):

1° Un jeune homme, âgé de 15 ans, de constitution lymphatico-scrofuleuse, a été saisi de fièvre gastro-typhoïque grave. Antérieurement, il n'avait éprouvé que quelques attaques d'helminthiase. Il a été traité d'après la méthode hyposthénisante que nous suivons dans nos hôpitaux (saignées, sangsues, tartre stibié et calomel). Le mal a duré 27 jours. Pendant le fort de la maladie, les ongles étaient livides, un peu bleus (azurognole). Dans la période de déclin, la teinte des ongles est devenue jaunâtre et tachetée de noir. Vers la fin, leur extrémité libre a commencé à se soulever, puis leurs côtés et leur racine pareillement. Ce soulèvement s'accompagnait d'une sensibilité exquise et d'une douleur sourde. Enfin, l'ongle s'est décoloré tout à fait. Des fomentations émollientes ont adouci cette sensibilité, et les ongles se sont détachés successivement, et sont tombés l'un après l'autre. Au-dessous, on voyait le nouvel ongle naissant, mince et délicat, de couleur rose ou blanc de chair, occupant l'espace quadrilatère de l'ancien ongle. Avec le temps, les ongles nouveaux se sont perfectionnés et consolidés comme ceux de l'état normal. Toute cette métamorphose s'est effectuée en 38 jours.— 2° Une jeune personne, tempérament robuste, était traitée pour la même maladie. La résolution franche s'est effectuée vers le troisième septénaire. Pendant l'affection typhoïde, les ongles ont paru livides et jaunâtres, douloureux, jusqu'à faire soupçonner un panaris commençant. Enfin, vers la convales-

cence, soulèvement et détachement spontané des ongles des pieds et des mains; chute et reproduction *ut supra*. Les ongles nouveaux étaient d'abord très-sensibles, mais ils se sont consolidés en peu de jours avec une parfaite régularité. — 3° Un jeune berger, de constitution pellagreuse, a été reçu pour une fièvre typhoïde avec délire furieux, soubresauts tendineux et éruption dermique fine, particulière. Pendant sa maladie, les ongles des mains étaient devenus, les uns livides, les autres pas. Il a été guéri de l'affection dans l'espace de 27 jours, à l'aide de la méthode indiquée; les ongles qui étaient un peu livides ont commencé à blanchir, puis à se soulever et à tomber. De nouveaux ongles les ont remplacés, mais quelques-uns de ces derniers ont offert des plis anormaux qui les rendaient monstrueux, soit parce que le patient avait négligé les applications émollientes, soit parce que leur matrice était restée intéressée. Ce qu'il y a de certain, c'est que les ongles qui tombent par suite de maladie idiopathique ou locale se reproduisent difficilement avec les caractères de régularité et de beauté des premiers. Cela nous conduit à penser que l'ongle est d'une organisation un peu plus compliquée que les poils et l'épiderme, puisque ces derniers se reproduisent toujours avec régularité.

Il est remarquable que chez l'homme les parties susceptibles de reproduction sont précisément celles qui abondent en mucus dans leur composition; tels sont l'épiderme, les ongles, les poils. Sous ce rapport, ces parties paraissent se rapprocher de la composition des animaux de la classe inférieure, dont le corps se reproduit aisément après les grandes mutilations; les animaux infusoires, les annélides, les mollusques, les batraciens, les sauriens, etc., se trouvent dans ce cas; leur organisation, en effet, semble ne résulter que d'un amas de mucus consolidé. Les plumes chez les oiseaux, les cornes chez les mammifères, rentrent dans les mêmes conditions. Toutes ces parties, en effet, jouissent d'une vie très-faible et occulte; mais enfin elles vivent et se reproduisent.

---

10. *Notions de thérapeutique générale sur les maladies sécrétantes*; par M. A. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Suite. Voir Encycl., t. 145, septembre 1844, p. 50.)

(Bulletin général de Thérapeutique, septembre 1844.)

Je viens d'exposer une méthode de diagnostic des maladies de la peau, que j'ai créée dans le but de rendre plus facile aux médecins la connaissance des diverses espèces de dermatoses, et j'ai ajouté que cette sorte d'exposition des affections cutanées conduisait, par les divisons principales sur lesquelles elle repose, à des inductions thérapeutiques. Je vais m'attacher à les faire connaître.

J'ai divisé les maladies cutanées en deux grandes sections : celles qui sécrètent un fluide quelconque, celles qui ne donnent aucune sécrétion. Envisagées à ce point de vue, les conséquences pratiques qui découlent de cette distinction varient en raison, 1° de la forme morbide; 2° de l'âge du sujet; 3° du tempérament et de la constitution; 4° de l'état sain ou morbide des organes internes. C'est sous ces divers rapports que je vais passer en revue ces affections.

Les maladies sécrétantes de la peau offrent d'abord cela de commun, qu'elles ont généralement une période franchement inflammatoire plus ou moins aiguë. Les variétés d'acné pourraient peut-être seules faire exception à cette règle; encore il est certaines saisons de l'année où l'on voit surgir cette forme morbide avec une rapidité vraiment effrayante. Ces maladies ont, comme toutes les affections inflammatoires des autres organes, une période de développement et d'accroissement, une période stationnaire et une période de décroissance; de là trois sortes d'indications à remplir : la méthode antiphlogistique pure pour la première de ces périodes; l'expectation pour la seconde; les résolutifs pour la troisième. Dans bon nombre de cas, ce ne sont pas seulement les antiphlogistiques locaux qu'il faut employer, mais encore les antiphlogistiques généraux : tisanes rafraîchissantes, saignées et sangsues, comme pour les inflammations des autres organes de l'économie. Ainsi l'*eczéma général*, le *pityriasis rubra aigu*, le *pemphigus général*, l'*eczéma impétiginode*, l'*ecthyma*, le *sycosis*, réclament souvent une médication antiphlogistique assez énergique, autant toutefois que le permet la force du sujet, circonstance qui est toujours prise en considération pour la thérapeutique des phlegmasies.

La période stationnaire réclame, avons-nous dit, une médecine expectante, c'est-à-dire la continuation de la méthode antiphlogistique, mais dans des proportions beaucoup moins larges; et ce n'est qu'au déclin de la maladie qu'il faut aborder les résolutifs. Mais ces résolutifs doivent être gradués et mis en rapport avec la marche décroissante du mal. Il est dans leur emploi une sorte d'essai, de tâtonnement à faire. Certaines maladies sécrétantes sont augmentées par tous les corps gras, fût-ce même l'axonge, le saindoux, le beurre de cacao; celles-là guérissent par les résolutifs dont l'excipient est un liquide. Cette connaissance acquise, on formule des pommades ou des liquides dont la force découle et de la quantité de la matière médicamenteuse qui en fait partie, et de la nature de cette matière. On trouve dans les formulaires des prescriptions de doses médicamenteuses qui sont représentées comme devant être toujours les mêmes. Ainsi une pommade est préconisée pour guérir l'eczéma, par exemple : ce sera, je suppose, la pommade d'oxyde de zinc, 4 grammes d'oxyde pour 30 grammes d'axonge; mais cette pommade n'a-t-elle pas des effets résolutifs différents lorsque la dose du médicament varie? Eh bien, cette dose de 4 grammes constitue un médicament fort irritant pour un eczéma qui n'est pas en voie de résolution complète; elle devient irritante, alors qu'elle eût été sédative si on eût prescrit, pour commencer son emploi, cinq décigrammes d'oxyde de zinc au lieu de quatre grammes, sauf à rendre la médication de plus en plus forte au fur et à mesure de son usage. Les pommades au goudron en sont un exemple encore plus frappant. On peut employer avec beaucoup de succès une pommade au centième de son poids de goudron pour combattre certaines maladies, et pour

d'autres il faut incorporer à l'axonge le *quart* de son poids de goudron pour obtenir une médication efficace. D'un côté, les médecins n'attachent pas assez d'importance à cette gradation dans les doses des substances médicamenteuses, et, d'une autre part, les personnes qui font des formulaires n'insistent pas assez sur la manière de formuler et de doser un médicament. Quoi de plus banal, par exemple, que les bains de Barèges? La dose de foie de soufre a été indiquée d'une manière générale, sans s'inquiéter de la susceptibilité de la peau et du développement du système nerveux chez les divers individus. Combien de médecins se bornent à prescrire l'usage des bains de Barèges sans spécifier de dose ! Aussi, dans un grand nombre de cas, ce moyen, loin de guérir, accroît les progrès du mal. On ne réfléchit pas d'ailleurs assez à l'habitude qui résulte de l'emploi prolongé d'une médication. Si vous voulez que cette médication se perpétue, sachez l'employer d'abord d'une manière peu énergique, puis en accroître successivement l'intensité. L'effet de la médication sera alors soutenu en raison de l'accroissement de la dose du médicament. Carbonate de plomb, calomel et camphre, oxyde de zinc, sous-acétate de plomb, goudron, iodure de soufre, voilà cinq bases de pommades de plus en plus énergiques en fait d'action résolutive. Vous compléterez souvent la résolution d'une maladie sécrétante par l'emploi d'un seul de ces agents médicamenteux, en introduisant dans la pommade une dose de plus en plus forte de l'agent résolutif. Solution d'alun au 500e de son poids d'eau, solution de sublimé au 1,500e., solution de sous-acétate de plomb au 500e, constituent autant de liqueurs résolutives dont on peut aussi augmenter la force, mais que l'on doit employer à cette dose à l'origine des maladies sécrétantes qui réclament l'usage des résolutifs liquides.

C'est assez dire que la forme aiguë des maladies sécrétantes exclut l'emploi des médications dépuratives et de tous les excitants internes, tels que le soufre, l'iode, etc. Ce n'est jamais dans la forme aiguë des maladies sécrétantes qu'ils doivent être mis en usage, mais bien au moment où l'affection cutanée tend à se perpétuer sous la forme chronique.

Toutefois, et dans le cours de l'emploi de ces moyens, il ne faut jamais perdre de vue la cause qui a déterminé le développement de l'affection. C'est en la détruisant qu'on arrive à guérir d'une manière durable la maladie cutanée. Or, il ne nous appartient pas de préciser ici les moyens, en raison des diverses causes qui ont pu surgir. Faisons seulement remarquer que ces causes sont ou externes ou internes. A la tête des premières, il faut citer les professions exercées par les individus affectés : maçons, plâtriers, teinturiers, chapeliers, cordonniers, marchands de vin, tels sont les états qui engendrent une foule de maladies sécrétantes, telles que l'eczéma, l'impétigo, l'eczéma lichénoïde. Soustraire ces individus aux causes qui ont fait naître la maladie, c'est la première indication à remplir ; mais le plus souvent cela ne suffit pas, car, une fois la maladie développée, il faut qu'elle parcoure ses périodes comme toute maladie d'un autre organe ; il y a donc lieu de lui appliquer une médication externe soutenue, et, après la guérison, de faire connaître au malade le danger de sa profession.

Les causes internes sont nombreuses et sont la source d'indications thérapeutiques extrêmement importantes. Le *rupia* et l'*ecthyma cachecticum* sont presque constamment liés à la misère, aux privations et à la malpropreté : tout en traitant la maladie extérieure, il faut en prévenir la récidive par l'usage interne des toniques, le quinquina et les préparations ferrugineuses, et d'une nourriture forte. L'*impétigo*, l'*acné*, l'*eczéma impétiginode* sont liés le plus souvent à la constitution lymphatique ; ils exigent l'emploi de tous les modificateurs généraux propres à combattre la scrofule. Les *herpès phlycténoïde*, *zona*, le *pemphigus aigu*, sont, au contraire, presque toujours dus à des causes passagères ; l'emploi des modificateurs généraux ne ferait qu'aggraver ces maladies. La *gale pustuleuse* ou *séreuse* porte en elle-même la cause de sa perpétration.

Mais les maladies sécrétantes exigent une thérapeutique différente, en raison des âges. En thèse générale, toute maladie sécrétante de l'enfant en bas âge doit être respectée. Non pas cependant qu'il faille rester à toujours spectateur oisif de l'affection ; mais le médecin ne doit chercher à guérir cette maladie que lorsqu'elle est depuis longtemps passée à l'état chronique. Sans être humoriste, il faut reconnaître que la nature semble établir au dehors, chez l'enfant en bas âge, un mouvement fluxionnaire favorable à la santé générale ; et cela est si vrai, que la suppression de ce que l'on appelle communément la *croûte de lait* suffit pour faire naître les accidents cérébraux les plus formidables. Or, le médecin doit savoir qu'un cataplasme émollient peut quelquefois modifier suffisamment la peau pour arrêter cette sécrétion. Chez l'enfant en bas âge, l'exubérance comme la répercussion marchent à pas de géant. Il faut donc savoir respecter, à cette époque, toute maladie sécrétante de la peau qui ne paraît pas devoir prendre une trop grande extension ; et le médecin évitera toujours des accidents lorsque, pour arriver à la guérison, il ne traitera la maladie que par *portion* et d'une manière très-graduée.

Ces préceptes sont applicables à la vieillesse. Il y a plus : il est des cas où un médecin ne doit jamais guérir une maladie sécrétante chez un vieillard, occupât-elle une petite surface à la peau. C'est le cas des individus catarrheux et asthmatiques. Plusieurs fois nous avons été appelé à donner nos soins à des personnes chez lesquelles on avait cherché à obtenir la guérison d'une dartre à l'aide de moyens résolutifs ; dans l'espace de vingt-quatre heures, il s'opère une congestion pulmonaire en partie sanguine, en partie séreuse, contre laquelle saignées, sangsues, émétique à haute dose, révulsifs sur la poitrine et aux extrémités sont tout à fait impuissants ; l'individu succombe presque toujours, quoi qu'on fasse. On cherche en vain à rappeler l'affection dartreuse par des cataplasmes sinapisés, des sinapismes ou des vésicatoires, cette rétrocession a frappé comme la foudre.

Mais il est dans la vie deux âges où d'autres préceptes doivent être tracés ; je veux parler de l'adolescence et de l'âge fait. Bon nombre d'affections cutanées se développent chez les jeunes filles au

voisinage de la puberté, surtout chez celles où la menstruation s'établit tardivement. Ici, et comme conséquence des idées que je viens d'émettre à l'occasion des maladies du premier âge, mais par extension donnée à ces idées, bon nombre de médecins conseillent de respecter ces maladies. Ils comptent sur les révolutions opérées par l'établissement de la menstruation, le mariage, une grossesse, pour faire disparaître et détruire à jamais une affection cutanée. Ce sont des idées que je combats de tous mes efforts dans mes leçons cliniques. Si, dans un certain nombre de cas, il est résulté de ces conditions nouvelles d'existence un changement heureux pour les malades, dans la grande généralité des cas, la dermatose se perpétue, ou, si elle disparaît pendant une grossesse et un allaitement, c'est pour se reproduire de nouveau un peu plus tard, et persister durant toute la vie avec des intervalles de mieux-être et avec des recrudescences répétées. Si la nature de cet article me le permettait, je pourrais citer un nombre considérable de faits à l'appui de ce que j'avance. Cette pratique est dangereuse sous d'autres rapports. En thèse générale, une affection dartreuse est d'autant plus difficile à guérir qu'elle est plus ancienne, et lorsque la menstruation ne la fait pas disparaître, vous avez à craindre de ne pouvoir obtenir une guérison complète; vous livrez une jeune fille à un mari avec une infirmité, et vous lui faites encore courir la chance qu'elle transmette à ses enfants, si ce n'est la dartre dont elle est affectée, au moins la prédisposition originelle, cause encore plus difficile à détruire chez l'enfant que la dartre même chez sa mère. Remarquez qu'à l'âge de l'adolescence la sensibilité des organes a déjà notablement diminué; on craint moins les répercussions et leurs effets : d'ailleurs, on est toujours libre de diriger un traitement de manière à arriver par des améliorations graduées à une guérison. Rien n'empêche d'agir sur des portions de la dartre sans agir sur sa totalité, et de revenir au besoin sur ses pas si l'on a été trop vite. Enfin, quand une maladie sécrétante a parcouru ses périodes d'accroissement, quand elle est devenue tellement stationnaire qu'elle a pris la forme chronique, la sécrétion n'est plus en rapport avec ce qu'elle était dès le début, elle est réduite à une proportion infiniment petite; il y a donc possibilité d'en opérer peu à peu la guérison.

C'est ici le cas de parler d'un usage généralement répandu en médecine et fort accrédité auprès des parents; je veux parler des exutoires prescrits aux malades, dans le but de diminuer la sécrétion de la dartre et de *détourner les humeurs*, ainsi qu'on le dit communément. Interrogez à cet égard tous les praticiens en fait de maladies de la peau, ils vous diront qu'en général c'est un moyen inutile et presque dangereux : inutile, parce qu'il ne détruit pas d'une manière notable la sécrétion dartreuse; presque dangereux, en ce sens qu'il est très-fréquent de voir l'affection dartreuse se développer autour du vésicatoire et ajouter ainsi à l'étendue du mal. Je suis très-partisan des révulsifs et des exutoires en médecine; mais pour qu'ils soient efficaces, il faut, suivant moi, qu'ils soient employés sur les tissus *autres que le tissu malade*. On sait avec quelle facilité les maladies s'étendent par continuité. On sait aussi qu'il est rare qu'une membrane muqueuse ne soit pas plus ou moins influencée par la maladie de l'une de ses portions. Ce qui a lieu pour les membranes muqueuses a lieu pour la peau. Et cela est si vrai, que lorsqu'une affection siége dans une surface très-restreinte, et qu'une cause tout accidentelle vient à en étendre les progrès, elle se montre alors avec la même forme dans les points de la peau les plus opposés. En fait de dérivatifs, et sans les diriger vers la muqueuse intestinale lorsqu'elle est saine, je purge deux fois la semaine tous mes malades qui sont atteints de maladies sécrétantes. Et cette circonstance de la dérivation sur le canal digestif ainsi que ses bons effets nous expliquent comment des charlatans plus hardis, mais moins prudents que nous dans l'emploi des purgatifs, parviennent quelquefois à guérir des affections cutanées qui avaient été rebelles à nos traitements; mais aussi ils tuent quelquefois, ou amènent dans la santé générale une perturbation plus grave que la maladie qu'ils ont guérie.

Je me résume, à l'égard de la thérapeutique des maladies sécrétantes de la peau à l'époque de la jeunesse, en disant qu'il ne faut les traiter d'une manière efficace que lorsqu'elles menacent de passer à l'état chronique; qu'il faut les traiter avec précaution, avec lenteur, dans la crainte des répercussions; mais qu'il est très-important pour l'avenir des jeunes malades de guérir radicalement, s'il est possible, ces affections. C'est à cet âge surtout qu'il faut mettre en usage des modificateurs généraux de la constitution, et si je m'abstiens de détails à cet égard, c'est que je me propose de traiter à part chacune de ces médications et de faire connaître non-seulement leur mode d'emploi, mais encore les résultats que l'on peut en attendre.

J'aborde actuellement en quelques mots la thérapeutique générale des maladies cutanées sécrétantes chez l'adulte; car, après les détails dans lesquels je suis entré, il me reste peu de chose à en dire. Ici peuvent être employées sans crainte toutes les ressources de la médecine, à la seule réserve que l'affection dartreuse ne se rattachera pas à l'état morbide d'un organe interne important. L'individu est arrivé à une époque de la vie où le développement des organes est complet. Ces organes ont à opposer à la médication une grande énergie de puissance vitale. On peut donc, aussitôt la période aiguë passée, aborder un traitement énergique; souvent même on doit enrayer les progrès du mal pendant la période aiguë, ainsi qu'on le fait pour les maladies des autres organes. Mais en même temps que l'attention du médecin est dirigée vers la partie malade, il faut qu'il ne perde pas de vue deux conditions essentielles à remplir : à savoir, si la peau saine accomplit bien ses fonctions, et si le malade observe une hygiène appropriée à sa maladie. Les bains, les frictions sèches et humides sur toute la surface du corps remplissent la première indication. Quant à la seconde, il n'y a pas de traitement possible sans le repos, une diminution dans la quantité des aliments, l'absence de vin pur et de liqueurs alcooliques, des viandes noires ou blanches suivant les cas, mais à dose modérée, de l'exercice sans fatigue. Trop de médecins négligent de faire de ces précau-

tions une prescription absolue. Il semble que la peau malade ne doive pas exiger tous les soins que réclament les maladies des autres organes ; c'est une erreur grave, elle conduit souvent à l'incurabilité.

Dans un prochain article, j'exposerai la base de la thérapeutique des maladies non sécrétantes.

---

11. *De la symptomatologie de l'hypochondrie* (1); par M. MICHÉA, D. M.

(L'Expérience, septembre 1844.)

Considérations générales. — Les symptômes de l'hypochondrie sont excessivement nombreux et variés; ils appartiennent à toutes les classes d'états morbides; ils se composent de troubles des facultés intellectuelles et affectives, de désordres du sentiment, de lésions du mouvement et d'altérations matérielles. Mais tous n'ont pas une égale valeur, tous ne jouent pas le même rôle. Quoi qu'en aient dit beaucoup d'auteurs, ceux qui ne roulent point sur les facultés intellectuelles et affectives sont les moins importants. Parmi les éléments relatifs à ces facultés, les uns sont *constants*, *pathognomoniques*, *exclusivement propres à l'hypochondrie ;* les autres sont variables, accessoires, communs à plusieurs individualités pathologiques.

Les phénomènes *constants*, *pathognomoniques*, *spécifiques*, peuvent se subdiviser en symptômes *subjectifs*, c'est-à-dire révélés par le seul rapport des malades, manifestés exclusivement à l'aide du langage, et en symptômes *objectifs*, c'est-à-dire tombant sous les sens, se traduisant par les mouvements de la physionomie et l'excentricité de la conduite. En d'autres termes, les uns concernent plus spécialement *les pensées*, les autres plus spécialement *les actions*.

Hypochondrie primitive ou idiopathique. — Sauvages, Cullen, Darwin, Georget, M. Falret ont décrit les symptômes de ce premier mode ; mais aucun d'eux n'en a saisi l'ensemble, l'ordre de succession et d'enchaînement aussi bien que M. Dubois (d'Amiens). Avec cet auteur nous y admettons trois périodes.

La première est caractérisée par un désordre exclusivement psychologique, par une monomanie pure et simple.

La seconde se trouve également constituée par le trouble mental, mais elle offre, de plus, des lésions corporelles, des troubles de sensibilité et de motilité dans un ou plusieurs organes.

Enfin, dans la troisième, le délire s'accompagne d'altérations matérielles, coïncide avec des désordres de texture.

Entrons dans l'examen détaillé de chacune de ces trois périodes.

Première période. — Les symptômes exclusivement intellectuels et affectifs qui la caractérisent ont été longtemps et sont encore actuellement regardés par plusieurs auteurs comme une simple prédisposition au développement de l'hypochondrie. Mais cette manière de voir est des plus erronées. Nous montrerons plus loin où gît et en quoi consiste cette prédisposition.

Symptômes constants, pathognomoniques. — Toutes les fois qu'un individu, *bien portant au physique*, s'imagine devoir succomber à une maladie actuelle ou qui doit l'atteindre plus ou moins prochainement ; toutes les fois que cette pensée fausse devient assez fixe, assez exclusive pour constituer un délire partiel, cet individu est affecté de la première période du mode d'hypochondrie dont il s'agit. Sans doute, ce n'est pas toujours de l'imagination seule que part le délire : des sensations douloureuses ou bizarres sur un point quelconque de l'économie lui servent souvent d'occasion ; mais comme ces sensations sont passagères et peu déterminées, comme elles ne se lient à aucun désordre corporel notable, suffisamment positif aux yeux de la science ; comme, d'ailleurs, beaucoup de sujets en éprouvent à chaque instant du jour sans y attacher d'importance, sans y arrêter leur attention, sans se regarder pour cela comme malades, on peut dire que c'est ici l'imagination, l'esprit, et non pas le corps, qui offre le désordre initiateur. Quoi qu'il en soit, *suivre avec anxiété la marche de sa maladie soi-disant grave, dangereuse, mortelle, et s'évertuer, se torturer l'esprit pour en trouver le remède*, voilà, chez l'hypochondriaque, les deux points auxquels se rapportent tous les symptômes moraux *constants*, *nécessaires*, *pathognomoniques*.

Symptômes subjectifs. — Quelques individus ne s'expliquent pas sur l'espèce d'individualité pathologique à laquelle ils croient devoir succomber (obs. 1, 7, 8, 61) (1) ; d'autres, au contraire, et ce sont les plus nombreux, savent très-bien la désigner. Ces derniers se considèrent comme phthisiques (obs. 2, 3, 4, 19, 46) ; rongés par la syphilis (obs. 12, 38, 53, 67) ; en proie au virus de la rage (obs. 16, 29, 31) ; atteints d'anévrysme du cœur (obs. 5, 26) ; de la plique (obs. 71) ; de diabète (obs. 15) ; de gastro-entérite (obs. 45, 65) ; de cancer de l'estomac (obs. 18) ; d'hématémèse (obs. 51) ; de maladies organiques du foie (obs. 44, 60) ; de cancer à la matrice (obs. 38) ; d'hydrothorax (obs. 28) ; de dysenterie (obs. 58) ; d'hémorrhagie utérine (obs. 39). Ils croient à une apoplexie (obs. 13, 40, 51) ; à une asphyxie (obs. 56) ; à une aliénation mentale (obs. 27) imminente, etc., etc. Quelques-uns prétendent que leur sang est arrêté (obs. 58) ; que leur poitrine s'ouvre (obs. 62) ; que leur cerveau ballotte dans le crâne (obs. 2 et 71) ; qu'il est crispé, ratatiné, tiraillé en divers sens (obs. 9) ; que cette boîte osseuse est vide ou à peu près (obs. 67) ; que la luette, qu'ils regardent comme une excroissance morbide, finira par les étouffer (obs. 56) ; qu'un serpent leur dévore les entrailles (obs. 54, 55) ; qu'ils sont impuissants (obs. 22) ; qu'ils ont la pierre (obs. 72), etc., etc. Tantôt leur attention se concentre sur une seule de ces maladies imaginaires (obs. 3, 4, 5) ; tantôt, au contraire, elle se fixe sur plusieurs, dont ils sont atteints soit simultanément, soit successivement (obs. 51, 59). Ils se préoccupent encore de mille

---

(1) Ce fragment inédit fait partie d'un ouvrage sous presse, couronné par l'Académie royale de médecine.

(1) Ces chiffres renvoient aux observations de l'ouvrage que M. Michéa va publier incessamment.

autres objets lugubres. Leur agonie doit être horrible, ainsi que leur mort (obs 25). Aperçoivent-ils dans un jardin du gazon et des fleurs, ils pensent tout aussitôt au cimetière où seront déposés leurs restes (obs. 7). Passent-ils devant la porte de leur logis, l'imagination la leur représente tendue de noir; ils y voient le cercueil qui doit renfermer leur corps, exposé aux yeux de la foule (obs 20). Entendent-ils le son des cloches d'une église, ils se figurent ouïr le tintement qu'elles exécuteront le jour de leurs funérailles (obs. 7); ils désirent faire leur testament (obs. 66 et 73). Ils s'impatientent, s'emportent et pleurent quand on les traite de malades imaginaires (obs. 55 et 58); ou bien ils se croient mourants lorsqu'on a l'air trop inquiet à leur égard (obs. 73). Tantôt on parvient à les rassurer un peu et pour quelques instants, à leur persuader qu'ils ne sont pas aussi dangereusement malades qu'ils le prétendent (obs.73); tantôt, au contraire, tous les raisonnements du médecin échouent contre leurs terreurs, tous ses discours se montrent impuissants à combattre l'idée de gravité, d'incurabilité, qu'ils attachent à leur affection (obs. 47, 48, 57). Mais qu'on leur vante beaucoup un médicament, qu'on le leur prône comme infaillible, et tout aussitôt l'espérance rentre un peu dans leur cœur (obs. 19).

Symptômes objectifs. — Ces malades ont une physionomie inquiète, ils cherchent sans cesse à lire, à surprendre sur celle du médecin le jugement, le pronostic qu'il porte (obs. 18 et 22); ils lisent des ouvrages de médecine (obs. 2, 15, 23 et 71); ils en apprennent des passages par cœur (obs. 70); ils réalisent sur leur personne chacun des symptômes qu'ils y trouvent décrits (obs. 38); ils répandent des larmes sur leur sort (obs. 42 et 43); ils pleurent surtout à la vue de leur femme et de leurs enfants, auxquels ils manifestent force regrets d'une séparation définitive soi-disant très-prochaine (obs. 38 et 73); ils les rassemblent à chaque instant et leur adressent, toujours en répandant des larmes, leurs derniers adieux (obs. 13, 14, 30); ils rédigent leur testament (obs. 38); ils envoient quérir des prêtres pour recevoir d'eux les derniers sacrements (obs. 47); ils consultent un grand nombre de médecins de localités différentes (obs. 21, 59, 61). Non-seulement ils passent avec facilité de l'un à l'autre, mais parfois, quand ils ne se trouvent pas soulagés, ils les accablent d'épithètes injurieuses ou de menaces (obs. 38, 75). Alors tout en désespérant des efforts du médecin, ils reviennent toujours à la médecine (1). S'ils ne demandent plus avis aux hommes sérieux, aux savants véritables, ils s'adressent aux charlatans (obs. 47), aux commères (obs. 44), aux homœopathes et aux somnambules (obs. 25). Ils écrivent aux personnes du monde qui passent pour avoir eu des maladies semblables à celles dont ils se croient affectés, afin de connaître les remèdes qui ont contribué à leur guérison (obs. 21). Ils demandent aux médecins que leurs consultations soient accompagnées d'un grand nombre de détails (obs. 21); ils tiennent un journal où sont notées, presque heure par heure, les moindres modifications qui surviennent dans leur état, soit spontanément, soit sous l'influence des modifications nombreuses et variées auxquelles ils se soumettent (obs. 21). Plusieurs vont plus loin que l'Argan de Molière, qui voulait marier sa fille à un médecin, afin d'avoir à côté de soi une source toujours ouverte de consultations, d'ordonnances et de remèdes : ils quittent la carrière à laquelle ils se livraient pour se faire médecins eux-mêmes (obs. 67, 70, 71). D'autres, dans la crainte de compromettre leur santé et leur vie, ne se promènent point à pied (obs. 41), évitent de se mettre en voyage, de sortir de leur chambre (obs. 13, 24, 42), de prendre de l'exercice, de faire un pas (obs. 47). Pour le même motif, ils restent couchés une grande partie du jour (obs. 47), ou ne quittent jamais leur lit (obs. 23, 39, 60); ils ne parlent que par signes (obs. 39), ou refusent toute espèce d'aliments (obs. 17).

Ils ne reculent pas devant les moyens chirurgicaux, quoiqu'on les prévienne de la violence des douleurs qu'ils causent, quand une fois ils sont bien persuadés que ces moyens peuvent sauver leur existence (obs. 62). Ils réclament même des opérations sanglantes de leur propre autorité et persistent dans leur résolution malgré le conseil des médecins (obs. 56).

Les hypochondriaques dont l'attention se porte sur les viscères thoraciques examinent avec un soin extrême toutes les mucosités qu'ils expectorent (obs. 19); ils palpent à chaque instant les battements de leur cœur et ceux de leur pouls (obs. 13, 63). D'autres, qui tremblent au sujet des organes génito-urinaires, explorent minutieusement les nuages, les sédiments, les moindres modifications de couleur qui surviennent dans leur urine (obs. 71). Un hypochondriaque, dont parle Louyer-Villermay, avait consacré un appartement tout entier à recevoir les vases où il déposait ce liquide; il en avait une collection nombreuse, un pour chaque jour de la semaine, et les passait très-souvent tous en revue. Les femmes, afin de prévenir une hémorrhagie utérine soi-disant imminente, s'introduisent dans le vagin des tampons énormes de charpie (obs. 34). Quelques individus ne sortent pas sans un miroir, à l'aide duquel ils inspectent sans cesse leur visage, ou bien ils flairent toutes les parties de leur corps, auquel ils trouvent une odeur de cadavre (obs. 71). Ceux qui se préoccupent des fonctions digestives regardent la couleur et les enduits de leur langue (obs. 13 et 73); ils pèsent et mesurent leurs aliments (obs. 21, 44 et 65). Non-seulement ils examinent leurs garderobes, mais ils en comptent encore les fragments, ils prennent la dimension de leur diamètre (obs. 21).

Joseph Frank mentionne le fait d'un individu de Vienne qui mâchait seulement ses aliments, en ingurgitait l'extrait et mettait de côté le résidu, afin de le présenter à l'examen de son médecin. Il parle aussi d'un habitant des confins de la Lithuanie qui se rendait chaque semaine en Prusse, chez son médecin, avec des vases remplis de ses matières fécales. Enfin, il cite un de ses condisciples qui, se croyant faussement attaqué d'une maladie bilieuse,

(1) Par cette phrase : melancholicos perpetuo medicinam appetere, Aristote veut très-probablement désigner les hypochondriaques.

portait tous les jours la langue à ses excréments.

Les phrases suivantes, tirées du journal tenu par un de nos hypochondriaques (obs. 21) : « J'ai rendu à mon réveil, à cinq heures, deux ou trois gros vents sonores, et plus tard quelques autres, soit dans le lit, soit levé. — Mon café, pris avec un peu trop de cassonade grise, m'a pesé. Pris avec de la cassonade blanche, il m'a encore pesé. — Je me suis levé à deux heures un quart et me suis reconché à quatre, parce que mes crachats ne sortaient pas aussi bien que lorsque j'étais couché; » ces phrases sont presque aussi comiques que ces paroles d'Argan : « Combien faut-il mettre de grains de sel dans un œuf?..... M. Purgon m'a dit de me promener le matin dans ma chambre, douze allées et douze venues; mais j'ai oublié de lui demander si c'est en long ou en large. »

Nous devons nous arrêter là dans l'énumération des symptômes pathognomoniques. Faire connaître toutes les idées bizarres, tous les actes ridicules ou dégoûtants des hypochondriaques serait non-seulement une œuvre fastidieuse, mais encore une tâche impossible, car ces idées et ces actes varient à l'infini.

Tous ces symptômes ne sont pas nécessaires pour constituer la première période de l'hypochondrie primitive ou idiopathique : il suffit de l'existence d'un certain nombre.

Ils appartiennent aussi aux autres degrés de l'hypochondrie, et à son autre forme, puisqu'ils sont pathognomoniques. Nous avons cru devoir les rassembler tous ici et isoler ceux qui se trouvaient liés avec des phénomènes d'un autre ordre, avec des lésions physiques, afin d'en former un tableau plus complet et plus saillant.

Symptômes variables, accessoires. — Ils sont communs à presque toutes les espèces de lypémanie. Ils consistent dans la recherche de la solitude (obs. 9, 27 et 72), dans l'indifférence ou la haine à l'égard de sa famille (obs. 2, 7, 10 et 11), dans l'insomnie (obs. 72), les rêves pénibles et agités (obs. 3, 44, 45 et 73), les reveils en sursaut (obs. 73), dans l'emportement à la moindre contrariété (obs. 23), dans une légère confusion des idées (obs. 73), etc., etc.

Deuxième période. — Dans la première période, comme nous venons de le voir, les symptômes sont exclusivement relatifs aux facultés intellectuelles et affectives; dans la seconde, aux phénomènes psychologiques dont il s'agit s'ajoutent des symptômes d'un ordre différent, des névroses de la sensibilité et de la motilité.

Un fait incontestable et depuis longtemps établi, en physiologie comme en pathologie, c'est l'influence du moral sur le physique et du physique sur le moral. Sans admettre, avec Stahl, que l'âme commande entièrement à l'organisme, qu'elle peut produire toutes les lésions du corps, on ne doit cependant point se refuser à croire que, dans certains cas, l'imagination seule suffit à réaliser des maladies physiques, des phénomènes qui échappent habituellement à l'empire de la volonté. L'esprit et la matière, la pensée et l'étendue n'étant que des conséquences d'un même principe, des attributs d'une même force, des modes d'une même loi, quoi d'étonnant qu'ils s'enchaînent, se modifient, se pénètrent réciproquement !

Zimmermann rapporte le cas suivant qu'il emprunte à Falconet (1). Une femme aperçut dans une église une personne dont la figure était couverte de taches. Elle crut que ces taches étaient celles de la variole, mais il n'en était rien. Elle eut si peur d'être affectée de cette maladie qu'elle ne tarda pas à la contracter réellement. Un jeune homme, toujours selon Zimmermann (2), avait touché le cadavre d'un individu qui était mort du pourpre. Ses amis, afin d'éprouver son courage, lui représentèrent cette maladie comme contagieuse. Il se le figura, et sa crainte fut telle qu'il en offrit tous les caractères au bout de quelques jours. Nous pourrions encore citer beaucoup d'autres exemples analogues. Or, puisqu'il en est ainsi, puisque des lésions de texture peuvent être déterminées sous l'influence exclusive d'une idée, l'imagination peut à plus forte raison produire des lésions dynamiques, quand elle s'exerce trop sur les actes de l'économie, quand elle écoute, en quelque sorte, fonctionner les organes du corps dont elle dépend.

Afin d'introduire quelque méthode dans le nombre immense des symptômes, il est indispensable d'y établir des variétés. M. Dubois (d'Amiens) en admet six, qu'il range dans l'ordre suivant :

1° La monomanie hypochondriaque ;
2° La monomanie pneumo-cardiaque ;
3° La monomanie encéphalique ;
4° La monomanie asthéniaque ;
5° La monomanie nostalgiaque ;
6° La monomanie hydrophobiaque (3).

Si les trois premières, qui se fondent sur des éléments propres à la maladie, inhérents à son essence ; sur ce que l'esprit s'affecte au sujet de tel ou tel appareil anatomique, autour duquel l'attention se concentre, et non pas sur l'existence de phénomènes variables, mobiles, étrangers à l'affection, ou sur des différences de causes ; si, disons-nous, les trois premières variétés nous semblent devoir être conservées, il n'en est pas de même des trois autres. En effet, l'expression de monomanie *asthéniaque*, sous laquelle M. Dubois (d'Amiens) comprend tous les malades qui se plaignent d'éprouver de la faiblesse, de l'accablement, de l'anéantissement dans la plupart des organes, cette expression nous semble moins heureuse que les précédentes, en ce que, n'impliquant point la notion de siége, elle tend à faire confondre les variétés entre elles, puisque l'asthénie est une forme générale, un mode pathologique propre à tous les appareils anatomiques. D'ailleurs, si on admettait cette quatrième variété, il n'y aurait pas de raison pour ne pas admettre aussi une monomanie *sthéniaque;* car il y a des individus qui accusent de la surexcitation, une force anormale dans plusieurs ou toutes les parties du corps.

Quant à la cinquième, elle doit être rejetée, non avenue par d'autres motifs. « Pour qu'on puisse dire (c'est M. Dubois (d'Amiens) lui-même qui parle)

(1) Traité de l'expérience, livre 5, chap. II.
(2) Ibid.
(3) Ouvrage cité, p. 229 et seq.

qu'il y a variété, il faut que tout en retrouvant les éléments fondamentaux de l'affection-mère, il faut, dis-je, qu'on observe certains traits assez saillants pour faire prendre à la maladie une physionomie toute spéciale (1). » Or, nous ne retrouvons pas ici les éléments fondamentaux de l'hypochondrie. La *nostalgie* est une lypémanie spéciale, qui consiste dans l'exagération de l'attachement pour le lieu natal. L'objet du délire partiel n'est plus la terreur non motivée de la mort, mais l'amour extrême de la patrie, le besoin violent de revoir le toit paternel. La nostalgie peut très-bien coïncider avec l'hypochondrie : ces deux espèces de délire partiel ne s'excluent nullement; toutefois elles ne peuvent jamais être identiques; elles diffèrent autant par leur principe que par leurs conséquences.

Nous adressons à la sixième variété, à la monomanie *hydrophobiaque*, le même reproche que nous avons fait à la quatrième, à la monomanie *asthéniaque*. Elle doit être rejetée, à moins d'admettre autant de variétés que d'individualités pathologiques sur la crainte desquelles peut se fixer l'attention des hypochondriaques; ce qui, loin de simplifier la question, deviendrait un véritable chaos. Il est beaucoup plus logique de l'identifier avec la troisième, avec la monomanie *encéphaliaque*, puisque l'hydrophobie est une affection du cerveau.

Enfin, il en est une autre que M. Dubois (d'Amiens) a oublié de signaler : c'est celle dans laquelle les malades s'occupent exclusivement des organes génito-urinaires, dans laquelle ils croient avoir la syphilis, des calculs dans la vessie, des cancers à l'utérus, etc. Réparant cet oubli, nous la nommerons monomanie *génito-cystiaque*.

Nous réduisons donc à quatre les six variétés établies par M. Dubois (d'Amiens), et nous les appelons monomanies *hypochondriaque*, *pneumo-cardiaque*, *encéphaliaque*, *génito cystiaque*.

Or donc, à la seconde période, dans la monomanie *hypochondriaque*, l'imagination réalise les symptômes qui constituent les névroses de l'appareil de la digestion : il survient de l'anorexie (obs. 2, 17, 19), ou un appétit vorace, de la boulimie (obs. 19, 41, 42); de simples pesanteurs (obs. 13), ou bien de véritables douleurs épigastriques (obs. 10), que les malades comparent à des torsions ou des tiraillements (obs. 11). Il existe aussi des douleurs abdominales (obs. 21, 27), quelquefois accompagnées de chaleur mordicante (obs. 21, 53). Ces douleurs se manifestent tantôt de suite après le repas, tantôt deux ou trois heures plus tard (obs. 21). Elles se propagent jusque dans le dos (obs. 2, 47, 53). Elles ne surviennent quelquefois que dans un seul côté du ventre (obs. 47). Certains individus disent éprouver à l'épigastre ou tout autour de la ceinture une constriction semblable à celle qui serait déterminée par une corde (obs. 2, 42). La chaleur du ventre augmente par celle du lit (obs. 21). On ne peut se coucher sur les côtés (obs. 21). Il existe des renvois, des éructations (obs. 19, 24), des flatuosités, des borborygmes (obs. 24, 38, 42); ces flatuosités, ces borborygmes produisent au-dessous des côtes un gonflement qu'on soulage par la pression (obs. 53). L'expulsion des gaz amène une diminution notable du malaise (obs. 21). L'abdomen est quelquefois revenu sur lui-même, contracté vers l'épine dorsale (obs. 21). La digestion s'opère lentement (obs. 17); il survient des nausées (obs. 18, 44, 53), des vomissements (obs. 13, 18, 44), des flux de matières glaireuses avant ou après les repas (obs. 41), de la constipation (obs. 19, 21, 24, 27, 36), seule ou réunie à la diarrhée (obs. 19, 53). Des battements extraordinaires à la région épigastrique, aux hypochondres ou dans quelque autre partie de l'abdomen, battements sensibles à la main, quelquefois même à l'œil, et fort incommodes, peuvent aussi se manifester, suivant plusieurs auteurs.

Schmidtmann dit avoir observé souvent ces pulsations. M. Brachet assure n'avoir presque jamais vu ce symptôme manquer. Quant à nous, parmi les faits consignés dans cet ouvrage, à l'exception d'un seul cas de battement à l'aine droite (obs. 53), nous ne le voyons nullement apparaître. Quoi qu'il en soit, d'où peuvent dépendre ces pulsations extraordinaires ? Le problème vaut la peine d'être examiné, et les auteurs l'ont résolu d'une manière diverse. Schmidtmann les attribue à une oscillation spasmodique des fibres musculaires de l'estomac et des intestins. Il fonde son opinion sur ce fait, savoir, que souvent les battements abandonnent l'épigastre pour se porter sur les bras, les cuisses ou les jambes, et revenir ensuite à leur point de départ. M. Allan Burns en trouve la cause dans une contraction nerveuse du diaphragme. M. Barras, tout en adoptant ces explications pour certains cas, pense avec Bonnet, Senac, Morgagni, Parry, Albers de Brême, que le spasme qui produit ces pulsations se passe très-souvent dans les gros vaisseaux artériels du bas-ventre, par la raison qu'il existe beaucoup de circonstances où elles sont isochrones aux battements du pouls, des carotides et des autres artères superficielles. Du reste, ce qu'il importe d'établir, ce sont les caractères au moyen desquels on peut les distinguer des pulsations propres aux anévrysmes de l'aorte abdominale, car la méprise a été plusieurs fois commise. Schmidtmann prétend que leur défaut d'isochronisme avec les battements du cœur et du pouls suffit à les faire reconnaître. Mais ce caractère n'a de valeur que dans un seul cas, c'est-à-dire lorsque les pulsations dont il s'agit tiennent à une contraction spasmodique du diaphragme ou de la couche musculeuse des intestins. Selon M. Albers, les pulsations nerveuses apparaissent soudainement, sont d'abord violentes, puis perdent leur intensité après une certaine durée; les battements anévrysmaux, au contraire, se développent lentement, augmentent d'énergie par degrés. Ce qui distingue encore mieux les premières, d'après M. Barras, qui emprunte ce caractère à Lorry, c'est qu'elles sont intermittentes, et les autres continues.

Voilà, non pas tous, mais les principaux phénomènes qui constituent l'hypochondrie primitive à sa seconde période, quand l'attention des malades se dirige vers l'appareil de la digestion, quand existe la première variété, la monomanie *hypochondriaque* de M. Dubois (d'Amiens). Ces symptômes sont, comme on voit, tous ceux de la gastralgie ou de l'entéralgie, qui s'ajoutent aux caractères pathogno-

(1) Ouvrage cité, p. 228.

moniques, au trouble spécial des facultés intellectuelles et affectives, à l'idée fixe, à la monomanie de la crainte d'une maladie mortelle.

Les névroses de l'appareil de la digestion accompagnent l'idée fixe, la monomanie dont il s'agit, bien plus fréquemment que les névroses des autres appareils. Elles coïncident si souvent avec elle, que les anciens, s'abusant sur leur valeur, prenant le subordonné pour l'essentiel, regardaient ces phénomènes comme les éléments nécessaires, les symptômes pathognomoniques de l'hypochondrie, et que beaucoup de modernes en ont fait et en font encore autant. Du reste, on s'explique très-bien pourquoi l'imagination frappée des hypochondriaques se dirige si fréquemment vers le tube digestif, le choisit si communément pour l'objet de ses terreurs. Les fonctions de ce tube jouent un rôle immense dans la vie. Elles ne peuvent pas se soustraire à l'attention aussi facilement que celles du cœur, du poumon, de l'encéphale, etc. Ces derniers organes nous occupent peu, parce qu'habituellement rien ne nous y fait penser. Il n'en est pas de même du tube digestif. L'homme a beau planer au-dessus de la nature extérieure, se plonger dans le domaine des idées pures, se nourrir d'abstractions, s'enivrer de métaphysique, il est sans cesse rappelé au monde des corps, aux ennuis de l'existence matérielle par le besoin impérieux d'alimentation, de réparation nutritive, par celui non moins pressant d'excrétion stercorale. Devant la faim, la soif, l'exonération, ces nécessités dont le cri se fait entendre à chaque instant du jour, les exaltations du spiritualisme s'évanouissent. Dans ces moments, l'homme quitte malgré lui le ciel pour la terre; d'ange, état auquel il aspirait, il redevient forcément animal. L'imagination est aussi plus apte à réaliser les névroses de l'appareil digestif que celles des autres organes, parce que c'est celui qui a les sympathies les plus nombreuses, les connexions les plus intimes avec l'âme. Si le cerveau, comme on l'a dit, est le monarque des viscères, l'estomac en est le premier ministre.

Dans la seconde variété, quand les malades se préoccupent, non plus du tube digestif, mais du cœur ou des poumons, ils éprouvent des palpitations (obs. 7, 13, 17, 19, 22, 27, 40), de la dyspnée, des étouffements (obs. 7, 13, 16, 17), des constrictions de la poitrine (obs. 19), des syncopes (obs. 40), etc.

Dans la troisième, où l'attention est dirigée vers l'encéphale, il survient des sensations variées à la tête. Tantôt c'est une douleur lancinante (obs. 73) ou sourde (obs. 2, 10), une lourdeur seulement (obs. 2, 7), ou alternativement une pesanteur considérable ou une grande légèreté (obs. 10); une sensation de compression (obs. 2); tantôt ce sont de fausses perceptions, des hallucinations de la vue (obs. 54, 73) ou de l'ouïe. Les malades ont des sifflements (obs. 17, 45), des bourdonnements (obs. 2, 7); ils entendent des bruits qu'ils comparent au roulement du tambour (obs. 17), aux vagues de la mer (obs. 7), à ceux de grelots qui seraient contenus dans le crâne (obs. 9), à celui d'un bouillonnement qui aurait lieu à la partie frontale (obs. 10). Il se manifeste des vertiges (obs. 41), des étourdissements (obs. 22, 41), etc.

Les individus qui s'imaginent être affectés de la rage ont horreur de l'eau (obs. 29), éprouvent des contractions spasmodiques du pharynx dès qu'ils essaient de boire (obs. 74), etc., etc.

Dans la quatrième variété, dans la monomanie génito-cystiaque, les malades, à force de se croire faussement en proie à la syphilis, aux calculs vésicaux, etc., finissent par ressentir des douleurs et autres phénomènes nerveux dans l'appareil génito-urinaire,

Dans ce tableau des désordres de la sensibilité et de la motilité, qui caractérisent la seconde période de l'hypochondrie primitive, nous sommes allé peut-être trop loin, c'est-à-dire nous avons groupé autour de chaque appareil anatomique des symptômes qui n'ont point toujours été déduits exclusivement de l'analyse des cas d'hypochondrie idiopathique, à la période dont il s'agit, rassemblés dans la première partie de cet ouvrage; mais le désir d'introduire de l'ordre dans l'étude de ces phénomènes, si nombreux, si variés, si disparates, que beaucoup d'auteurs ont renoncé à leur classification, ce désir nous imposait le devoir d'un léger sacrifice à l'arbitraire. Quoi qu'il en soit, l'observation et l'analogie nous forcent à reconnaître que, par le fait seul d'une imagination troublée, sous l'influence exclusive de la crainte extrême d'être affecté d'une maladie mortelle, il arrive une époque, dans le cours de l'hypochondrie, où l'intelligence n'est plus dérangée isolément, mais où son désordre engendre celui de la sensibilité et de la motilité; où l'innervation de l'appareil digestif s'altère, quand l'attention se dirige du côté de cet appareil; celle de l'appareil circulatoire, quand l'esprit s'affecte à son égard, et ainsi de l'innervation des autres appareils.

Les lésions de la sensibilité et de la motilité sont, dans le principe, très-limitées, exclusivement bornées au système d'organes qui est devenu l'objet plus spécial de la terreur des hypochondriaques; mais bientôt il n'en est plus ainsi, elles ne tardent pas, en vertu du *consensus*, de l'unité propre à l'économie, à irradier, à se communiquer à tous les autres appareils anatomiques. Alors, au lieu d'une névrose partielle, circonscrite, vous avez une névrose générale; ce qu'on appelle vulgairement une *névropathie*. A ce moment, à l'ensemble des symptômes que nous venons de rattacher à chaque appareil, s'ajoutent les phénomènes suivants : les malades sentent des bouffées de chaleur leur monter au visage (obs. 2, 19, 47) ou ailleurs (obs. 20). Ils éprouvent aussi une alternative de froid et de chaud (obs. 38), une faiblesse générale (obs. 10), ou alternativement de la force et un grand accablement (obs. 42), un malaise aux extrémités supérieures et inférieures (obs. 20), des engourdissements et des fourmillements dans ces mêmes extrémités (obs. 17, 47), des crampes (obs. 55), des constrictions à la gorge (obs. 7, 47), des spasmes généraux (obs. 16). Ils rendent à chaque instant une urine claire, limpide et abondante (obs. 18, 42). Leur peau est d'une sensibilité excessive au toucher (obs. 44, 72); la lumière les fatigue (obs. 44); le moindre bruit : le roulement lointain d'une voiture, le balancier d'une pendule, le murmure d'un insecte, le chant d'un oiseau, les incommode, les agace, les irrite (obs. 42). L'aspect d'une personne inconnue ou inattendue leur cause du resserrement à l'épigastre (obs. 73); un domestique qui ouvre la porte

de leur chambre leur produit une vive émotion, une peur involontaire et sans motif (obs. 63). D'autres fois il y a faiblesse de la vue, de l'ouïe, du goût, du toucher, et même paralysie des membres (obs. 50), etc., etc.

Cette exaltation, cette diminution, cette perversion de la sensibilité et de la motilité que *l'imagination* suffit à engendrer, *l'idée* à réaliser, peuvent être aussi déterminées sous l'influence de conditions d'un autre ordre. En effet, nous avons vu que, dans leur désir extrême de guérir, les hypochondriaques recouraient à tous les moyens susceptibles, selon eux, d'atteindre ce but. Il y a plus : presque tous vont trop loin ; ils abusent de l'action des médicaments et exagèrent l'exactitude et la sévérité des divers régimes auxquels ils se soumettent successivement par une fausse application. Les uns, se persuadant être affectés d'une irritation aiguë ou chronique de la muqueuse gastro-intestinale, se condamnent à la diète la plus rigoureuse (obs. 17), se mettent, pour unique boisson, aux délayants (obs. 70), à l'eau pure, comme le fit Jean-Jacques Rousseau (1). D'autres, qui s'imaginent devoir succomber à une maladie du cœur ou à une apoplexie, observent la diète et se font tirer du sang à chaque instant, et cela pendant plusieurs années, de façon à tomber dans l'anémie la plus complète (obs. 40). Or, on sait que l'excès de l'abstinence et l'usage immodéré des boissons aqueuses, purement adoucissantes, dérangent très-promptement les fonctions digestives, qu'ils produisent très-fréquemment des gastralgies ou des entéralgies. « Je fis si bien (en buvant de l'eau), dit Jean-Jacques, qu'en moins de deux mois, je me détruisis totalement l'estomac, que j'avais eu très-bon jusqu'alors. Ne digérant plus, je compris qu'il ne fallait plus espérer de guérir. » La physiologie expérimentale et pratique de la médecine démontre aussi que les pertes de sang considérables, excessives, exaltent singulièrement les actes du système nerveux, qu'ils y amènent une perturbation violente non-seulement sur un point de l'économie, mais sur tous.

Les symptômes moraux, principalement ceux qui sont pathognomoniques, sont plus intenses à la seconde période qu'à la première, et on en conçoit facilement la raison. L'hypochondriaque doit se tourmenter davantage quand sa maladie s'accompagne de désordres corporels, que lorsqu'elle existe exclusivement au sein de l'entendement, parce qu'alors il y a une double anxiété : l'une à propos d'une maladie imaginaire, et l'autre au sujet d'une affection réelle.

Troisième période.—La seconde période, comme nous venons de le voir, est caractérisée par le passage d'un simple désordre partiel de l'entendement, par la transition d'une monomanie pure à d'autres lésions fonctionnelles, à des troubles de la sensibilité et de la contractilité au sein d'un ou de plusieurs organes, troubles qui succèdent au dérangement de l'esprit, ou plutôt qui l'accompagnent sans l'absorber. Nous avons expliqué pourquoi et comment ils se développent dans cette seconde période. Dans la troisième, qui est constituée par la transformation des névroses de la sensibilité et de la contractilité en lésions matérielles, nous chercherons également à trouver la raison de cette métamorphose.

Le fait en lui-même est incontestable. Morgagni, cette autorité si puissante et si justement décisive, rapporte des cas de sujets morts de cancers de l'estomac consécutifs à des symptômes de gastralgie prolongée.

La force qui préside au mécanisme de la nutrition normale dépend, comme l'a dit Bichat, « de la somme de sensibilité organique propre à chacun de nos organes, laquelle le mettant en rapport avec telle ou telle substance, et non avec telle autre, fait qu'il s'approprie cette substance, s'en pénètre et la laisse de toutes parts aborder dans ses vaisseaux. » Or, dans les désordres dynamiques dont il s'agit, comme la sensibilité et la contractilité organiques sont ou augmentées, ou diminuées, ou perverties, il s'ensuit que la trame des tissus doit recevoir dans son sein des matériaux ou trop considérables, ou insuffisants, ou hétérogènes, puisque les lois de la pathologie dérivent de celles de la physiologie, comme les conséquences dérivent des prémisses.

Mais la durée et l'intensité d'une névrose de la sensibilité et de la contractilité ne sont pas les seules causes aptes à modifier les éléments anatomiques normaux, à porter le trouble dans la nutrition des tissus. La situation mentale des hypochondriaques, leur état habituel de tristesse et de crainte y contribuent aussi d'une manière puissante.

Cet effet de l'action des passions oppressives ne peut nullement être mis en doute. Nous avons déjà prouvé que la peur seule d'être affecté du pourpre et de la variole avait déterminé ces maladies. Frédéric Hoffmann rapporte que la colère produisit chez un homme une tuméfaction douloureuse à la malléole du pied gauche, qui disparut pour se fixer au genou. « Van Swieten, dit Zimmermann, vit une femme à qui la peur fit venir une tumeur qui dégénéra en squirrhe rebelle à tous les remèdes. »

L'abus et l'inopportunité du régime et des médicaments doivent entrer ensuite en ligne de compte. Nous avons vu plus haut que certains hypochondriaques se soumettent, quelquefois pendant plusieurs années, à une diète rigoureuse. Or, l'abstinence conduit à l'anémie, et celle-ci à l'atrophie. La manifestation des ordres opposés de lésions de circulation est tout aussi rationnelle, s'explique tout aussi facilement ; car beaucoup d'hypochondriaques se livrent à d'autres écarts, mettent toute leur confiance dans l'emploi trop prolongé des médications stimulantes à forte dose. Or, de même que la diminution de l'excitabilité normale par défaut de réparation nutritive conduit à l'anémie, et celle-ci à l'atrophie, l'augmentation de cette excitabilité, sous l'influence d'agents étrangers à la stimulation ordinaire de l'économie animale, détermine l'hypérémie, et celle-ci l'hypertrophie.

Les lésions de circulation, l'hypérémie et l'anémie forment la transition entre les simples troubles de

(1) « C'était alors la mode de l'eau pour tout remède ; je me mis à l'eau, et si peu discrètement qu'elle faillit me guérir, non de mes maux, mais de la vie. Tous les matins, en me levant, j'allais à la fontaine avec un grand gobelet, et j'en buvais successivement, en me promenant, la valeur de deux bouteilles. Je quittai tout à fait le vin à mes repas. » (Confessions, liv. VI, part. 1.)

la sensibilité organique et les lésions de nutrition, les changements de nombre dans la distribution et l'arrangement des éléments anatomiques des tissus, qui peuvent produire à leur tour d'autres désordres, amener des modifications dans la consistance ou la nature des molécules constituantes de tout solide.

Aux névroses des appareils digestif, circulatoire, respiratoire, génito-urinaire; aux désordres de la sensibilité et de la contractilité cérébro-spinales, pourront donc succéder des hypérémies ou des anémies, des hypertrophies ou des atrophies, des indurations, des ramollissements, des ulcérations, des perforations, la transformation des tissus les uns dans les autres; les productions sont analogues dans l'economie, au sein d'un ou de plusieurs organes formant ces appareils.

Nous avons été obligé, à notre grand regret, de tracer la description de cette troisième période exclusivement d'après l'analogie; car les faits bien constatés de lésions matérielles consécutives à l'hypochondrie idiopathique sont très-rares, ou plutôt n'existent pas du tout dans la science. Cette lacune tient probablement à la facilité et à la fréquence avec lesquelles les individus affectés de cette maladie changent de médecins; à ce que, parmi ces derniers, ceux qui ont vu débuter l'hypochondrie ne sont presque jamais ceux qui observent sa terminaison.

Les auteurs prétendent avoir trouvé à l'autopsie de certains hypochondriaques une foule de désordres. Bonet parle de squirrhe à l'estomac; Lieutaud, d'altérations du foie, du cœur et des gros vaisseaux; Blasius, de lésions de la rate; Paullini, de mélanose du cerveau; Strauss, de stéatômes dans ce viscère; Gaurinonius, du développement extrême des veines; Mercatus, de la dilatation variqueuse des veines mésaraïques; Louyer-Villermay, de l'atrophie et de la consistance squirrheuse de la vessie. Les *Ephémérides des curieux de la nature* renferment en outre plusieurs faits relatifs à des altérations des intestins. Mais toutes les observations dont il s'agit doivent être regardées comme non avenues, car le véritable diagnostic différentiel de l'hypochondrie n'étant point encore fixé, admis généralement aujourd'hui, peut-on ajouter foi au diagnostic de cette maladie tel qu'il est établi par des auteurs déjà fort anciens? D'ailleurs, en supposant que sa valeur ne puisse être contestée, ces auteurs n'ont nullement noté si les lésions matérielles étaient antérieures ou consécutives aux seuls caractères pathognomoniques, au trouble de l'imagination, à la monomanie de la peur d'une maladie mortelle. Enfin, s'il était bien prouvé que des altérations de texture ont suivi, et non précédé d'une manière latente le développement de l'hypochondrie idiopathique, il faudrait encore avoir constaté si la transition de la seconde période à la troisième, la métamorphose des dérangements de la sensibilité et de la motilité en lésions matérielles, s'est opérée exclusivement sous l'influence du cours de la maladie, par le fait seul des circonstances qui lui sont propres, ou bien si elle n'a pas été purement accidentelle, si des conditions étrangères, par exemple l'hérédité, la diathèse, etc., n'y ont pas joué quelque rôle. Or, les faits, même les plus récents, se refusent à l'analyse de tous les éléments dont l'appréciation serait cependant d'un si haut intérêt.

Ainsi donc, il est également permis de regarder, à l'instar de plusieurs auteurs, les lésions matérielles qui surviennent durant le cours de l'hypochondrie idiopathique comme des complications, des maladies intercurrentes, car en pathologie, comme dans toutes les sciences naturelles, si l'analogie entraîne la probabilité, l'observation seule implique la certitude.

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

12. *Essai sur la grossesse extra-utérine abdominale (péritonéale)* (anatomie pathologique, causes et symptômes); par le docteur J.-B.-S. Hillairet.

(Ann. de la Chirurg. française et étrang., sept. 1844.)

Les recueils scientifiques de tous les âges et de tous les pays contiennent beaucoup d'exemples de grossesse extra-utérine péritonéale; et malgré cela on n'a point encore de description complète de cette maladie. Aussi, si je me décide à écrire sur ce sujet, ce n'est pas tant pour dire des choses nouvelles, car je n'ai aucun fait qui m'appartienne en propre, que pour étudier d'une manière didactique l'histoire de la partie la plus ignorée peut-être des sciences médicales. Des erreurs de diagnostic et, par suite, de thérapeutique, se sont glissées trop souvent dans l'esprit des chirurgiens pour que je n'entreprenne pas aujourd'hui cette tâche. Heureux si je puis mériter la bienveillance de mes lecteurs!

L'existence de la grossesse péritonéale est aujourd'hui hors de doute, et des faits nombreux sont venus trop souvent confirmer l'opinion d'observateurs déjà anciens pour que l'on puisse songer à contester la réalité fâcheuse, du reste, de la manière de voir, à cet égard, de chirurgiens tant anciens que modernes.

C'est parmi les modernes que des doutes, que dis-je? des protestations très-énergiques ont été formulés contre la grossesse péritonéale; et M. Breschet est l'un de ceux qui ont combattu cette opinion avec le plus d'acharnement. Cependant, si l'on consulte les recueils nombreux où de bonnes observations, suivies de bonnes descriptions anatomo-pathologiques, ont été consignées par des hommes de talent et de bonne foi; si l'on médite ces faits, on doit rester convaincu qu'il existe aussi bien des grossesses intra-péritonéales que des grossesses tubo-utérines, et surtout interstitielles, dont le mécanisme offre à l'intelligence des difficultés presque insurmontables.

Quoi qu'il en soit, j'entre en matière, et, me basant sur l'étude des observations nombreuses que je crois avoir méditées avec quelque attention, je vais passer en revue les différentes variétés de grossesses péritonéales qui se trouvent dans le domaine de la science. Mais avant, il me sera, je crois, utile d'entrer dans quelques détails relativement à certaines opinions.

Et d'abord, « la fécondation se faisant dans l'ovaire, il est tout simple que l'ovule vivifié tombe quelquefois dans le ventre au lieu de s'engager dans la trompe. En réfléchissant à la disposition anatomique des parties, on est même porté à croire que cet accident ne doit pas être rare. Si la grossesse abdominale n'est pas plus fréquente, dit M. Bianchi, c'est que la très-grande majorité des germes qui s'échappent ainsi meurent avant d'avoir pu se greffer sur la membrane séreuse qui les reçoit. » Cette opinion de M. le professeur Velpeau me paraît extrêmement juste, et les observations de M. Lallemand, qui trouva une grossesse péritonéale chez une femme qui *avait éprouvé une commotion morale très-violente à l'instant des plus grandes jouissances*, de Baudelocque, de Bellivier, sont bien suffisantes pour me fortifier dans cette manière de voir, si, d'une autre part, je ne néglige pas d'envisager la conformation et les rapports des trompes et des ovaires avec le péritoine.

Cependant, ce n'est pas sans quelque bon motif, je l'avoue, que M. Breschet a soutenu une thèse contraire; et voici ce qui peut l'avoir porté à penser autrement que la majeure partie des observateurs : c'est que, dans les grossesses péritonéales, beaucoup moins fréquentes que les ovariques, il arrive quelquefois que le kyste contenant le fœtus, que l'ovaire, la trompe, et les parois de l'utérus, ou l'un de ses bords, sont si rapprochés, si soudés ensemble, qu'il est fort difficile de distinguer à quelle espèce anatomique appartient réellement la grossesse. C'est à tel point, que des auteurs qui ont publié des observations de grossesse péritonéale n'ont réellement eu à observer que des grossesses ovariques ou tubaires. Mais le contraire peut aussi avoir lieu. En effet, j'ai lu une observation, mais une seule, où la tumeur se trouvait en contact immédiat avec tous les organes, et où il avait été difficile de bien les isoler et de bien reconnaître l'ovaire ainsi que la trompe. D'une autre part, j'ai trouvé également dans les *Archives* une autre observation de grossesse intrapéritonéale, où le fœtus étant libre dans l'abdomen, et loin de l'utérus, ainsi que dans ses annexes, il n'existait plus aucune trace des ovaires.

M. Breschet n'est pas le seul qui se soit élevé contre l'idée du passage de l'ovule vivifié dans le péritoine peu après la fécondation. D'autres chirurgiens ont aussi pensé que peut-être la grossesse ayant été tubaire dans le principe, et le fœtus ayant pris un certain volume, la trompe, qui, comme tout le monde le sait, est un canal fort étroit, se sera déchirée et aura laissé passer le produit de la conception dans la cavité du péritoine. Ils ont également invoqué les ruptures de l'utérus lui-même, qui, du reste, sont beaucoup plus fréquentes que les précédentes. Mais toutes les manières de voir ne sauraient détruire les observations positives et vraiment convaincantes, qui aujourd'hui sont en assez grand nombre; elles ne peuvent tout au plus servir qu'à faire établir une distinction entre les grossesses extra-utérines péritonéales *primitives*, qu'on me permette cette manière de dire, et les grossesses extra-utérines *consécutives*. Dans la première espèce, le fœtus serait développé dans le péritoine dès la fécondation de l'ovule; et dans la seconde, le fœtus ne serait passé dans cette cavité qu'à travers une rupture de l'utérus ou d'une trompe par trop distendue.

Les fœtus peuvent exister dans la cavité du péritoine, enveloppés de leurs membranes, et adhérents, par le moyen de leurs placentas, à une partie quelconque du péritoine ou des viscères; ils peuvent être renfermés en débris dans de simples kystes, et affecter différents siéges; enfin, on les trouve libres et flottant dans cette cavité et seulement entourés d'une simple membrane, quelquefois fort mince. C'est dans cette dernière circonstance, le fœtus étant, de plus, ossifié, que M. Breschet a pensé qu'il pouvait bien avoir été placé dans le péritoine par intrusion, comme dans le cas du jeune Bissieu, observé par Dupuytren; mais M. Breschet ne pourra pas sans doute se servir de la même explication pour les cas où le fœtus est greffé sur un point quelconque du péritoine ou des viscères par son placenta.

Anatomie pathologique. — Puisque j'ai admis, avec MM. Breschet, Dezeimeris, etc., deux espèces de grossesse abdominale, il me faudra, dans ce chapitre, ainsi que dans les suivants, parfaitement distinguer leur description; il me faudra de même décrire, d'une part, l'anatomie pathologique du produit de la conception, et, de l'autre, celle de la mère, à différentes époques, et dans la grossesse péritonéale *primitive*, et dans celle qui est *consécutive*.

Grossesse péritonéale primitive. — Anatomie pathologique du produit de la conception. — Lorsqu'un fœtus est récent, c'est-à-dire lorsqu'il ne dépasse pas une ou deux années de séjour dans le péritoine, on le rencontre enveloppé dans une espèce de kyste formé par les membranes de l'œuf, et adhérent sur telle ou telle partie du péritoine. Tantôt c'est dans l'une ou dans l'autre fosse iliaque qu'il se trouve, et c'est alors qu'il est souvent difficile, selon les auteurs qui nient la grossesse abdominale, de distinguer cette espèce de grossesse de l'ovarique; tantôt il siége sur le cul-de-sac du péritoine, que l'on appelle recto-vaginal, et alors le fœtus se trouve en rapport, en arrière avec le rectum, en avant avec l'utérus. Le fait suivant, qui a été présenté dans le courant de l'année 1842 à la Société anatomique, par M. Gaucher, interne des hôpitaux, et que j'ai eu occasion d'examiner, rentre parfaitement dans l'espèce que je décris.

Observation. — Examen de la tumeur. — La tumeur qui occupait la région hypogastrique est formée par un kyste qui renferme les débris d'un fœtus de quatre à cinq mois. Ses parois épaisses, fermes et assez résistantes au dehors, sont pulpeuses, mollasses et noirâtres à l'intérieur; elles paraissent formées par une sorte de tissu pultacé et homogène. Plusieurs organes ont contracté des rapports intimes avec elles : c'est ainsi que la face

antérieure de la moitié supérieure du rectum se trouve comprise dans la paroi postérieure du kyste, tandis que la trompe et l'ovaire du côté droit, ainsi que la face postérieure de l'utérus, entrent dans la composition de la paroi antérieure de cette même poche ; la partie supérieure du kyste a contracté des adhérences avec quelques circonvolutions de l'intestin grêle.

L'utérus, qui n'est point augmenté de volume, a conservé sa position normale ; sa cavité ne contient aucune trace de membrane caduque.

L'orifice utérin de l'une et l'autre trompe de Fallope est parfaitement libre, il en est de même de leur canal ; mais ces organes présentent quelque différence à droite et à gauche. C'est ainsi que la trompe du côté gauche, fortement repliée en bas et en arrière, est placée au-devant du rectum et au-dessous du kyste ; celle du côté droit, au contraire, est accolée à la paroi postérieure du kyste et semble en faire partie constituante. Le corps frangé du côté gauche existe et renferme trois petits kystes séreux ; celui du côté droit a complétement disparu dans l'épaisseur même de la paroi antérieure de la tumeur, et le crin qui parcourt très-librement toute l'étendue du canal ne peut franchir l'extrémité abdominale. L'ovaire gauche a subi le même déplacement que la trompe du même côté; il n'offre, du reste, rien de remarquable, ni dans son volume, ni dans sa forme, ni dans sa structure. L'ovaire droit est appuyé contre la paroi antérieure du kyste, au-dessous de la trompe du même côté ; la face qui est en contact avec le kyste fait partie constituante de la paroi ; la surface qui regarde la cavité péritonéale est normale dans sa forme, sa couleur et son volume.

A l'intérieur du kyste, on trouve une masse du volume d'un gros œuf de poule, formée principalement par des os qui paraissent appartenir à un fœtus de quatre à cinq mois. Ces os, constituant un squelette complet, sont entremêlés d'une matière grasse d'un gris-jaune, peu abondante et d'une odeur fétide ; des cheveux se trouvent mêlés à des débris de fœtus.

Quelquefois le fœtus, ou le kyste qui en contient les diverses parties détachées, est adhérent au péritoine dans l'un ou l'autre hypochondre, et l'on en a trouvé qui étaient adhérents à l'épiploon ou au mésentère. Tel est le cas rapporté par M. Gaide, dans les *Archives*, et que je citerai plus loin. C'est dans ces circonstances que l'on a trouvé quelques œufs humains greffés sur telle ou telle partie du péritoine, munis d'un placenta très-petit et très-mince, et quelquefois aussi d'un cordon ombilical. En général, chez les fœtus que l'on trouve, la vie ne s'est pas prolongée au-delà du troisième mois ; cependant on en a vu qui avaient vécu jusqu'à cinq, six, huit et même neuf mois ; mais ces cas sont très-rares. M. Heiskell en a trouvé un qui paraissait s'être développé jusqu'au terme ordinaire de la grossesse : il avait plusieurs années de séjour dans l'abdomen.

Il est d'observation constante que les kystes récents sont formés des membranes de l'œuf, tantôt à l'état normal, comme dans les grossesses utérines ; tantôt épaissies, et alors elles peuvent être ramollies, comme dans certains cas ; ou indurées : dans cette dernière circonstance, il est plus difficile de bien les distinguer les unes des autres. On trouve également dans ces kystes une matière pulpeuse, qui me paraît formée par les débris du placenta.

M. Zais (*Archives*, t. XXV), qui pratiqua la gastrotomie au terme ordinaire de la grossesse, dans un cas de grossesse péritonéale, tira du ventre de la femme un kyste duquel s'écoula un liquide trouble, jaunâtre et fétide ; les parois de ce kyste avaient une épaisseur de deux à trois lignes, une couleur rouge-grisâtre et une structure homogène, fibreuse. L'enfant qu'il contenait, du sexe masculin et à terme, était d'une couleur grise ; les doigts, les talons, le cerveau et les yeux étaient déjà en partie putréfiés. La face interne du kyste était lisse, comme celle des membranes séreuses. Le placenta paraissait fixé à la colonne vertébrale, entre l'ombilic et le creux de l'estomac ; il était immobile, d'un aspect frais, rouge et lisse.

J'insiste beaucoup sur l'anatomie des enveloppes du fœtus dans cette première espèce de grossesse, car, d'après M. Dezeimeris, elles pourraient seules servir, la plupart du temps, quand les grossesses péritonéales sont anciennes, à distinguer celles *primitives* de celles *consécutives*. Mais je ne partage pas cette opinion, et je démontrerai le contraire.

Les kystes dont je parle sont très-rarement libres dans l'abdomen, car, dès le passage de l'ovule fécondé dans le péritoine, sa surface externe, qui est villeuse, tomenteuse, comme veloutée, se plaçant sur un point du péritoine, y détermine, comme tous les corps étrangers dans nos tissus, une légère inflammation, et s'y greffe, de même que sur un point de la surface interne de l'utérus. Alors la circulation qui s'établit, beaucoup moins active, à la vérité, que dans la cavité utérine, entre la mère et le fœtus, sert à la vie et au développement de ce dernier jusqu'à une époque plus ou moins éloignée de la conception. Voici ce que M. Lallemand a observé à cette occasion chez une femme dont la cavité péritonéale contenait un fœtus : « Le chorion, dit cet écrivain, adhérait aux parties environnantes au moyen d'un tissu tomenteux rougeâtre et vasculaire. En détachant avec soin cette fausse membrane du côté du placenta et du côté du péritoine, je n'ai aperçu que des vaisseaux très-nombreux, qui se déchiraient à mesure que s'opérait le décollement et laissaient suinter quelques gouttes de sang. Vers la circonférence du placenta, cette membrane devenait plus ferme, et avait tout à fait l'aspect de ces caillots en partie organisés, homogènes, faciles à déchirer, qu'on rencontre dans les anévrysmes anciens ; elle avait dans des endroits jusqu'à une ligne d'épaisseur. Cette membrane était développée accidentellement à la surface du péritoine, de la même manière que les fausses membranes, c'est-à-dire par l'effet de l'inflammation. La circulation s'y est faite au moyen de vaisseaux capillaires qui s'y étaient développés et qui communiquaient avec ceux des tissus avec lesquels ils étaient en contact. »

En général, les fœtus que l'on a occasion d'examiner à une époque peu reculée de la conception, c'est-à-dire dans la période que je décris en ce moment, tous ces fœtus, dis-je, sont à l'état de détritus;

toutes leurs parties sont séparées les unes des autres, et renfermées pêle-mêle dans un sac dont on connaît maintenant la nature. Tandis qu'à une période plus avancée, lorsque les fœtus sont placés dans le péritoine depuis déjà plusieurs années, ils sont plus ou moins solides, et leurs différentes parties, si elles ne sont pas bien à leur place, sont du moins soudées ensemble d'une manière si intime quelquefois, qu'il est bien difficile de les séparer sans rien briser.

La seconde période comprend les fœtus depuis un à deux ans de séjour, jusqu'à dix, quinze, et quelquefois trente années; on conçoit alors qu'ils doivent présenter différents degrés de solidité.

Dans cette seconde catégorie, la majeure partie des fœtus que l'on a observés avaient vécu jusqu'à trois mois, terme ordinaire de la vie des fœtus extraordinaires; mais on en a vu aussi dont l'existence s'était prolongée jusqu'au terme de la grossesse normale. On a eu occasion d'en voir qui s'étaient greffés sur les reins, la colonne vertébrale, le mésentère (tel est le fait de M. Gaide), ou sur tout autre organe contenu dans la cavité abdominale.

La plupart du temps, pour ne pas dire toujours, ils sont enveloppés dans une poche dans laquelle on distingue difficilement les membranes ordinaires de l'œuf; et encore faut-il pour cela que le produit de la conception ne soit pas très-ancien. Mais à mesure que l'on s'éloigne du terme de la conception, le chorion et l'amnios se confondent, s'amincissent peu à peu; si bien qu'à une certaine époque on ne distingue plus qu'une sorte de membrane extrêmement mince, et l'on est tenté de penser que cette poche, qui enveloppe le fœtus, n'a jamais été formée par les membranes de l'œuf. A cette époque encore, on ne trouve jamais de liquide renfermé avec le fœtus.

D'autres fois les membranes, après s'être confondues entre elles, loin de s'amincir, se durcissent, deviennent cartilagineuses, et quelquefois osseuses, comme dans certains cas que je citerai plus bas à une autre occasion.

Quant au fœtus, il est assez souvent recouvert d'un enduit crétacé, comme pierreux, qui est le résultat de la transformation de la matière céreuse qui recouvrait primitivement son corps. Il est quelquefois d'une seule pièce, et conserve la même position que le fœtus contenu dans la cavité utérine; et d'autres fois il est si replié sur lui-même, et ses parties sont si intimement liées ensemble, qu'il est bien difficile de les distinguer les unes des autres. J'en ai un dans ce moment qui a été trouvé sur une femme de quatre-vingts ans, et qui m'a été remis par M. Bonamy : il paraît avoir à peu près cinq mois d'existence. Sa tête est renversée en arrière, accolée contre la colonne vertébrale, et elle est si bien aplatie, que l'on ne distingue plus qu'un pariétal, un temporal, et une moitié de la face; on distingue également les clavicules, les bras entiers et les mains; le torse est complet, mais très-aplati, et les os des îles, ainsi que les membres inférieurs, sont complets, comme à cet âge chez les fœtus normalement développés.

En général, ces fœtus ne sont pas recouverts de parties molles, car on ne peut pas appeler parties molles (muscles, peau, etc.) cette matière pulpeuse qui les enveloppe quelquefois, et qu'un simple lavage peut enlever.

Lorsqu'ils conservent leur position normale, et qu'on en peut faire régulièrement l'autopsie, on y voit : 1° le cerveau, tantôt à l'état de pulpe grise, et tantôt transformé en une matière adipocireuse; 2° les organes pulmonaires existent rarement, et si on les trouve, ils sont, comme le cerveau, convertis en adipocire, ainsi que les organes compris dans les cavités abdominales. Mais l'on a trop peu souvent fait l'autopsie des cavités splanchniques pour pouvoir donner l'anatomie complète de ces fœtus, qui se sont eux-mêmes, dans certains cas, convertis en adipocire, et, dans d'autres, pétrifiés (1).

Les observations suivantes donneront une idée exacte de la nature des enveloppes et de leur structure à différentes époques, ainsi que de l'anatomie du fœtus extra-utérin.

Observation de M. Gaide (Arch. XVII).

Autopsie. — Abdomen. — Les reins, la rate et le foie furent trouvés dans leur état normal. La vésicule biliaire contenait une bile tout à fait transparente et incolore, analogue à du blanc d'œuf, à la consistance près, qui était moins considérable; elle contenait, en outre, 108 petits calculs brunâtres et anguleux; un autre calcul plus volumineux était fortement engagé dans le canal cystique.

La membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin présentait en quelques points un ramollissement assez marqué.

La portion de l'intestin grêle qui était contenue dans le petit bassin n'y avait contracté aucune adhérence : ayant été retirée de cette cavité, et ramenée vers l'ombilic, on y découvrit dans le mésentère une petite tumeur formée par un fœtus recourbé sur lui-même, de manière à n'avoir que deux pouces de longueur environ. Couché parallèlement à l'axe de l'iléum, il était adhérent à la portion du mésentère qui fixe l'extrémité inférieure de l'intestin grêle et à cet intestin lui-même. Enfin, une anse intestinale, de beaucoup plus élevée que la précédente, avait contracté quelques adhérences avec le fœtus, qui d'ailleurs était recouvert par une *membrane très-mince, transparente*, et qui permettait de voir et de distinguer parfaitement derrière elle la tête de ce fœtus, une fontanelle, une omoplate, un humérus, avec un petit prolongement paraissant être un rudiment d'avant-bras, les côtes d'un côté, un os des îles et un du fémur.

Ce fœtus ne tenait en aucune manière aux organes génito-urinaires, comme l'ont constaté sur le cadavre lui-même, et avant que la pièce en fût détachée, MM. Rayer, Kapeler et Bricheteau, qui assistaient à l'autopsie.

L'utérus, d'ailleurs, ne contenait aucune trace d'une existence antérieure de membrane caduque. Sa cavité renfermait une cuillerée environ d'un liquide sanguin et purulent; son col était un peu

(1) Je ne dois pas omettre de dire que l'on a encore trouvé de ces fœtus qui étaient complétement libres et flottants dans l'abdomen, tandis que d'autres étaient seulement retenus par des brides très-légères.

dilaté. Telles étaient les seules altérations des organes génito-urinaires.

Observation de M. Mitivier.

Le fœtus trouvé sur une vieille femme de soixante-dix-sept ans était libre dans l'abdomen, et ne tenait au mésentère que par de faibles adhérences. La tête, tout à fait ossifiée, n'était pas trop mal conformée : elle avait 1 pouce 8 lignes 1/2 dans son diamètre antéro-postérieur; 1 pouce 4 lignes 1/2 dans son diamètre transversal, et 1 pouce dans son diamètre vertical.

On y distinguait toutes les pièces osseuses qui composent un crâne régulièrement développé. Les fontanelles avaient disparu, toutes les sutures étaient réunies ; le coronal, très-bombé, présentait les voûtes orbitaires ; les arcades surcilières, les bosses pariétales, étaient saillantes du côté droit ; les temporaux étaient placés à peu près horizontalement, ils présentaient les rudiments des fosses glénoïdales : celui du côté droit offrait une sorte d'arcade zigomatique, réunie à un petit os malaire, et sur ce dernier on distinguait en avant un bord rugueux articulaire, quoiqu'il n'existât pas d'os maxillaires. L'occipital, peu allongé supérieurement, présentait d'ailleurs un développement assez régulier; mais toutes les parties formant sa base n'étaient pas encore entièrement soudées. Ce crâne était réuni au tronc par des brides fibro-cartilagineuses, peut-être aussi par des surfaces articulaires qui ne purent être distinguées.

Le tronc, enveloppé d'une certaine couche de tissu lamineux, un peu recourbé de haut en bas et d'arrière en avant, se présentait sous la forme d'une cage à laquelle on distingnait postérieurement les rudiments de la colonne vertébrale, antérieurement, une lame fibro-cartilagineuse, plus épaisse dans la partie sternale ; sur les côtés, et de haut en bas, une apparence des premiers trous de conjugaison ; les omoplates, celle du côté gauche étant mieux ossifiée que celle du côté droit; enfin les côtes distinctes et osseuses. Le tronc était terminé inférieurement par les os coxaux et par les rudiments du sacrum. Les membres n'existaient pas; seulement on voyait sur les côtés du thorax des fragments des os des bras.

Ce squelette scié perpendiculairement et sur la ligne médiane, le crâne parut intérieurement bien conformé : ses parois avaient une demi-ligne d'épaisseur; elles etaient tapissées par la dure-mère avec ses divers replis. Une humeur gélatineuse jaunâtre, sans organisation distincte, entourée d'une méningine, remplissait cette cavité.

Les vertèbres cervicales paraissaient formées de plusieurs pièces ; mais ces pièces, irrégulièrement disposées, ne permettant pas de distinguer chacune des vertèbres de la région dorsale, formaient des anneaux plus distincts. Les vertèbres lombaires étaient également formées de plusieurs pièces, aussi bien que le sacrum.

Le thorax et l'abdomen paraissaient ne former qu'une même cavité : celle-ci était vide dans sa partie supérieure, et dans cette partie, la plèvre existait manifestement sur les côtes ; inférieurement elle contenait un amas de matière grisâtre tirant sur le jaune, semblable à de l'adipocire ; cet amas offrait des plis et replis : il était sans doute le résidu des viscères. Dans son centre existait un noyau brunâtre, pourvu d'une petite cavité, se continuant avec une ligne également brunâtre, apparente, le long de la colonne vertébrale. Était-ce le cœur ou l'aorte? Il n'a pas été facile de s'en assurer. Ce fœtus était pourvu de vaisseaux sanguins ; il y en avait un assez grand nombre dans l'épaisseur du péricrâne, particulièrement au côté droit, et ils paraissaient converger de la ligne médiane à la circonférence. Antérieurement on apercevait les vaisseaux pariétaux ; sous la plèvre on distinguait aussi quelques vaisseaux intercostaux. Sans doute ces vaisseaux étaient fournis par les lames celluleuses qui unissaient la tumeur au mésentère et à l'intestin grêle. Cependant ces brides, examinées de près, ne présentaient aucune apparence de vaisseaux et ne laissaient échapper aucune gouttelette de sang : néanmoins elles embrassaient plus particulièrement la tête du fœtus. Celle-ci était comparativement beaucoup plus volumineuse et avait une ossification plus complète que le tronc.

Observation de M. Heiskell.

Vénus Collin, négresse libre, devenue enceinte en 1777 à peu près, mourut en 1825, portant encore dans son ventre le produit de la conception.

L'ouverture du cadavre fut faite en présence de plusieurs médecins et élèves. Une large incision cruciale des parois de l'abdomen fit découvrir une tumeur volumineuse, à parois osseuses, dans la partie inférieure de la région épigastrique, légèrement inclinée à droite, fortement adhérente, en avant, aux parois abdominales, et en arrière, aux intestins grêles. Tous les viscères étaient sains ; seulement la matrice était beaucoup plus petite qu'à l'ordinaire, les trompes étaient oblitérées, et les ovaires avaient complétement disparu, car on ne put en retrouver aucune trace. La tumeur était oblongue et pesait 4 livres 6 onces ; elle était formée par une poche dont les parois étaient complétement ossifiées, d'une couleur blanc sale, de 2 à 3 lignes d'épaisseur, et si dures qu'il fallut employer un scalpel très-fort et beaucoup de force pour les entamer. A l'ouverture de ce vaste kyste osseux, on découvrit dans son intérieur un fœtus parfaitement conformé et exactement dans la même position que s'il eût été dans l'utérus. Il paraissait avoir atteint le même développement que l'enfant présente ordinairement au terme de la vie intra-utérine. Les bras et les cuisses, à cause de la forte pression exercée par les parois du sac, avaient refoulé l'abdomen et la partie inférieure du thorax au point d'y laisser leur empreinte. Les cuisses étaient aussi un peu aplaties par la même cause. Ce fœtus, seul, dépouillé de ses enveloppes, pesait 3 livres 3/4, et sa longueur était de 11 pouces 1/4. Dans la position ramassée où il fut trouvé, les muscles et les téguments étaient beaucoup plus formés et plus consistants que dans l'état ordinaire, et même ces derniers étaient généralement ossifiés, excepté dans les points qui étaient recouverts par les membres supérieurs et inférieurs ; le cuir chevelu, qui était tout

à fait osseux, offrait encore quelques traces de cheveux.

On examina successivement le crâne, le thorax et l'abdomen de ce singulier fœtus, et l'on trouva que le cerveau formait une masse pulpeuse, grisâtre, et sans la moindre apparence de putréfaction; que les organes thoraciques et abdominaux étaient dans un état de conservation réellement étonnant, et ne différaient pas du tout de ceux d'un fœtus récemment mort; que le méconium avait sa couleur foncée et sa consistance naturelle; que la langue était dure et de couleur grisâtre, et qu'enfin les ongles des doigts et les orteils étaient parfaitement conformés; on ne put découvrir aucune trace du cordon ombilical.

Grossesse extra-utérine secondaire. — Examen du produit de la conception. — Il n'existe pas de différence extrêmement grande entre ces fœtus et ceux dont je viens de m'occuper; seulement ils séjournent moins longtemps dans l'abdomen, et, par conséquent, sont moins sujets à se durcir, à s'ossifier que les précédents; de même on les trouve rarement en débris.

Ils sont sujets à des variétés de siége, selon que le péritoine s'est ou non déchiré avec l'utérus.

Si le péritoine s'est déchiré en même temps que l'utérus, le fœtus passe dans sa cavité, et là il se fixe sur tel ou tel point de cette membrane, par des adhérences nécessairement plus fortes que celles auxquelles donnent lieu de simples ovules fécondés; ou bien ils restent libres, comme on en a vu des cas, rares à la vérité. Si le péritoine ne s'est pas déchiré, le fœtus, sortant de l'utérus, reste sous cette membrane, entre le rectum et l'utérus, et il y contracte des adhérences extrêmement solides, indépendamment du péritoine, qui le fixe en cet endroit.

C'est ici que je ne suis plus d'accord avec M. Dezeimeris, qui n'a pas assez bien distingué ces deux circonstances, et qui a voulu trop, *à priori*, donner des lois tirées, dit-il, des faits qu'il a étudiés. Or, ces lois, les voici, dit M. Dezeimeris : « C'est que, dans la grossesse abdominale primitive, il n'y a généralement point de kyste pseudo-membraneux, et qu'il y en a toujours dans la grossesse abdominale secondaire. Cette loi, je la tire des faits, et je n'ai pas besoin de la démontrer autrement que par des faits; mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer combien elle est simple et naturelle, et comment on avait pu être porté à la supposer avant de l'avoir découverte. En effet, quand l'ovule fécondé s'égare dans la cavité abdominale aussitôt après s'être séparé de l'ovaire, on devine aisément qu'un corpuscule aussi peu volumineux, aussi souple, aussi fragile, ne peut provoquer qu'une excitation bien légère sur le point sur lequel il s'arrête, et que le champ de cette excitation ne doit pas dépasser les limites du contact du petit corps étranger; il est même certain que ce n'est que par un point de sa périphérie qu'il s'attache d'une manière intime avec l'organe sur lequel il sera désormais greffé. Assurément la présence d'un corps tel qu'un ovule, en quelque lieu qu'il se trouve, n'est pas capable d'y provoquer une inflammation aiguë, des adhérences et une exsudation plastique susceptible de former un kyste autour de lui; et s'il y provoquait cette inflammation, ces adhérences, cette exsudation pseudo-membraneuse, il y serait immanquablement étouffé. Mais s'il n'a pas produit tous ces désastres, implanté sur une racine qui assure sa vie, quel que soit l'organe auquel il soit attaché, il y a désormais droit de domicile; il vivra, se conservera, grandira parmi les organes qui l'entourent, sans les blesser et sans en être offensé, présentant aux surfaces polies et humides qui le touchent une surface également polie et humectée à leurs dépens; il n'a pas besoin d'autre enveloppe protectrice.

« Ainsi donc, dans la grossesse abdominale primitive, il n'y a pas de kyste enveloppant l'œuf, et il ne devait pas y en avoir.

« Dans la grossesse abdominale secondaire, au contraire, ce kyste existe, et il était inévitable. »

Quand on a lu ce que vient de dire M. Dezeimeris, il semble que l'on soit convaincu comme lui; mais lorsque l'on vient aux observations, c'est bien une autre affaire. Il y a bien, en effet, comme il le dit, de fortes adhérences qui retiennent l'œuf à un point quelconque du péritoine; mais il ne s'organise point de kyste pour envelopper l'œuf. Lorsque le passage du fœtus dans le péritoine s'opère à neuf mois, par exemple, il faudrait qu'il se fît un bien grand travail par l'organisation de ce kyste : la mère mourrait certainement d'une péritonite avant que les fausses membranes fussent entièrement formées.

Il n'y a donc réellement de kyste, de membrane autre que celle de l'œuf, que lorsqu'il est resté sous le péritoine, et qu'il a contracté des adhérences très-fortes avec la séreuse, qui lui forme en cet endroit un véritable sac, et les parties environnantes. Au reste, M. Dezeimeris s'appuie sur une observation que lui a communiquée M. P. Dubois, pour avancer ce qu'il soutient. Cette observation, je vais la mettre sous les yeux du lecteur, et il pourra juger.

Observation de M. P. Dubois.

Anatomie pathologique. — L'autopsie a eu lieu 24 heures après la mort. A la première incision des parois abdominales, il s'écoula une très-grande quantité de liquide sanguinolent d'une couleur foncée; et quand l'ouverture des parois fut complète, il devint évident que le fœtus se trouvait placé dans la cavité abdominale elle-même. Il paraissait parvenu au terme de son développement complet; il était même volumineux, car il pesait 7 livres, et était parfaitement conformé. Il n'offrait aucune trace évidente de putréfaction; sa situation était telle, que sa tête occupait la partie supérieure et gauche de la cavité de l'abdomen, et son extrémité pelvienne répondait auprès de l'entrée du bassin; le dos était tourné vers le côté droit, et la région antérieure vers le côté gauche. Le cordon ombilical, très-gros, partait de l'abdomen du fœtus, se rendait à la fosse iliaque droite, et s'insérait sur le milieu d'une masse molle, vasculaire, fort épaisse, qui n'était autre chose que le placenta. Par sa face interne ou abdominale, cet organe recevait les vaisseaux ombilicaux qui y offraient leur division et leur distribution normales; par sa face externe ou iliaque, il reposait sur la fosse iliaque droite qu'il occupait en totalité; il était par conséquent appliqué sur les muscles psoas et iliaques, et sur une partie du cœcum, qui

semblait avoir été déplacée et repoussée en haut, ou, pour parler plus exactement, sur le péritoine qui recouvre ces organes, et y adhérait par un tissu cellulaire assez serré. Cette surface adhérente du placenta était d'ailleurs enveloppée par une membrane dense, comme fibreuse, dans laquelle il était facile d'apercevoir un tissu vasculaire d'apparence érectile; enfin, la nature semblait avoir remplacé par cette création l'appareil vasculaire des parois utérines avec lesquelles cet organe aurait dû se trouver en rapport.

Le kyste dans lequel était renfermé le fœtus était formé par une membrane dont l'aspect et la structure n'étaient pas les mêmes partout; dans la plus grande partie de son étendue, la surface interne du kyste était d'une couleur un peu brune qu'elle devait peut-être à l'imbibition du liquide avec lequel elle s'était trouvée en contact : Là, elle offrait au toucher et à la vue l'apparence de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, ou plutôt celle des membranes accidentelles qui tapissent les trajets fistuleux. Dans d'autres points, ceux par exemple qui étaient voisins de la surface du placenta, et sur la plus grande partie de cette surface elle-même, le kyste était plus lisse, poli; il offrait, en un mot, l'aspect ordinaire de l'amnios. La surface extérieure du sac, au reste, tapissait les intestins, le mésentère, la vessie, la matrice, les ligaments larges, une partie du bassin et la paroi abdominale antérieure, il adhérait assez solidement au péritoine sur lequel il était placé, et quand on l'en séparait à l'aide de quelques tractions, on trouvait alors au-dessous de lui le péritoine intact, et dont la couleur était altérée et un peu brune; le kyste était simple et épais d'un quart de ligne à peu près là où il offrait l'aspect un peu brun et comme villeux dont nous avons parlé; il était, au contraire, évidemment composé de deux feuillets (chorion et aminios) là où sa surface était lisse et polie. L'utérus, un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire, était renfermé tout entier dans l'excavation du bassin; sa surface antérieure était en partie recouverte par le kyste dont nous avons parlé; sa cavité contenait quelques lambeaux membraneux gélatiniformes qui se déchiraient avec la plus grande facilité. Les ligaments larges et les trompes étaient, comme l'utérus, enveloppés ou doublés extérieurement par la membrane qui constituait le kyste fœtal; la trompe droite était complétement indépendante du placenta; mais il n'en était pas de même de l'ovaire de ce côté, qui était fixé à un point de la circonférence de cet organe temporaire par quelques adhérences qui nous ont paru celluleuses comme celles par lesquelles le placenta était attaché lui-même. Nous n'avons pas trouvé les traces d'inflammation péritonéale que les symptômes précurseurs de la mort nous avaient fait supposer; les intestins grêles, l'arc transverse du colon et le grand épiploon, refoulés vers l'hypochondre gauche, se trouvaient réunis et comme confondus en une seule masse par des adhérences qui paraissaient dater d'une époque déjà éloignée.

Les fœtus ne vivent jamais, ou du moins très-rarement, après leur passage dans le péritoine ou sous le péritoine, et l'utérus peut les expulser, soit dans le cours de la grossesse, soit au moment de l'accouchement, pendant les douleurs de l'enfantement.

(*La suite au prochain numéro.*)

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

13. *Du goître cystique et de son traitement par les injections iodées;* par M. Ant. Boucha-court.

(Bulletin général de Thérapeutique, septembre 1844.)

L'histoire anatomique des maladies susceptibles d'êtres guéries par des moyens opératoires n'est pas seulement intéressante au point de vue scientifique. Dans une foule de cas, il ressort de la notion exacte des modifications morbides subies par les tissus ou par les organes une conséquence directement applicable au traitement qu'elles réclament; d'où il suit que les distinctions admises par les auteurs dans la maladie connue sous le nom de *goître* ne doivent pas être rejetées comme inutiles ou comme objets de simple curiosité. S'il est vrai que dans leurs symptômes locaux et généraux, l'affection cancéreuse à part, les maladies du corps thyroïde ne diffèrent pas sensiblement les unes des autres, on ne disconviendra pas que la simple hypertrophie ne doive réclamer un traitement différent de la tumeur vasculaire ou accompagnée d'un développement considérable de vaisseaux. Les kystes du cou, et de la glande thyroïde en particulier, ne doivent pas être traités par les moyens que réclament des tumeurs cancéreuses, scrofuleuses, ou des engorgements inflammatoires; donc il est utile de conclure pratiquement à l'importance de bien établir, avant de commencer un traitement, le diagnostic rigoureux, non-seulement du siége, mais aussi de la nature de toute tumeur du cou.

J'ai vu plusieurs fois cette détermination précise conduire à l'emploi de moyens thérapeutiques d'une application facile et heureuse; deux fois j'ai été dans le cas d'exécuter moi-même ce qui me semblait rationnellement indiqué pour des cas de goîtres cystiques. Pour parler d'autres faits se rattachant à d'autres méthodes, et que j'ai pu observer à diverses époques, je m'arrêterai plus particulièrement à deux observations recueillies en 1841 et 1843; j'y joindrai comme corollaires les réflexions qu'elles m'ont naturellement suggérées.

Obs. I. — *Tumeur enkystée du cou. Ponction et injection iodée. Guérison.* — Mme Olier, âgée de trente ans, demeurant à Lyon, rue du Port-Charlet, n° 22, a quitté depuis trois ans Sainte-Foy-l'Argentière, son pays natal. Mariée depuis quelques années, elle n'a eu d'autre maladie qu'une otite

catarrhale qui lui a laissé l'ouïe un peu dure. Elle s'est aperçue, il y a huit mois, et sans cause connue (alors elle habitait un rez-de-chaussée humide dans la rue de l'Hôpital), du développement d'une tumeur à la partie inférieure et latérale gauche du cou, au-dessus de la clavicule correspondante. Indolente d'abord, gênant les mouvements du cou, et quelquefois la respiration, cette *grosseur* augmenta peu à peu de volume, et finit par avoir un diamètre transversal de huit centimètres et une hauteur de six centimètres. Au moment où la malade vint me consulter (novembre 1841), on sentait dans le lieu indiqué une saillie dure, bosselée, peu douloureuse à une pression modérée. La fluctuation qu'on y percevait avec quelque peine annonçait la présence d'un liquide renfermé dans une enveloppe épaisse. La peau, rouge en quelques points, ayant son épaisseur normale, est sans adhérence avec la tumeur. Celle-ci paraît se prolonger en arrière et en dehors vers le creux sus-claviculaire, et directement en bas derrière le sternum. Le muscle sterno-cléïdo mastoïdien, facile à isoler dans sa moitié inférieure, se confond en bas avec la tumeur sur laquelle il s'étale, et se trouve tendu. En remontant vers l'os thyroïde, la tumeur finit assez brusquement, et ne paraît pas reposer sur un corps thyroïde notablement hypertrophié; si on presse fortement sur la saillie qu'elle forme au-devant et en dehors du cou, la malade accuse de la douleur, et éprouve une grande gêne dans la respiration; cette gêne existe souvent dans la marche ascendante pendant les efforts musculaires. La voix est légèrement rauque.

D'après les signes que je viens d'exposer, admettant l'existence d'un goître cystique formé par un kyste séro-purulent, développé aux dépens d'un ou de plusieurs ganglions lymphatiques, je proposai à Mme Olier la ponction suivie de l'injection iodée. La malade s'y décida. Nous arrêtames l'opération pour le 20 novembre. Après la ponction avec le petit trocart à hydrocèle, qui laissa écouler une demi-verrée de pus séreux très-clair, mêlé de quelques flocons albumineux, j'injectai dans le kyste un mélange d'eau de roses 15 grammes, teinture d'iode 4 grammes. La tumeur se reforma en partie immédiatement, augmenta encore et devint très-douloureuse les jours qui suivirent. Une inflammation suppurative s'en empara. Le 1er décembre, je fis une ponction assez large avec le bistouri; du pus très-épais s'écoula avec des grumeaux de sang et des flocons caséeux, quelques-uns d'un aspect membraneux. Au bout d'un mois et demi, il restait une légère saillie à la partie inférieure du cou, dans le point occupé par la tumeur : la plaie résultant de l'ouverture de l'abcès était cicatrisée.

J'ai revu la malade le 28 juillet 1843, vingt mois après l'opération. Le cou semble n'avoir jamais été le siége d'une tumeur, et conserve dans le centre du lieu qu'elle occupait une cicatrice longue de trois centimètres environ, dans la direction du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, au niveau à peu près de son bord antérieur. La santé générale s'est améliorée, la respiration n'est plus gênée. Mme Olier est mal réglée, elle est sujette à des crises hystériques, qu'elle m'a dit depuis avoir plusieurs fois éprouvées avant l'opération; mais elle ne veut se soumettre à aucun traitement qui exigerait de la contrainte et quelques changements dans ses habitudes.

Je suis porté à croire, d'après ce qui s'est passé chez cette malade après l'apparition de la tumeur et pendant son développement, qu'un des ganglions lymphatiques du cou, voisin du corps thyroïde, dans l'épaisseur de son enveloppe celluleuse, ou même dans les interstices qui séparent ses lobules, a été primitivement atteint. Infiltré de pus, son tissu se sera ramolli et comme dissous; le tissu cellulaire environnant s'est épaissi, et, devenu un véritable kyste, a pris, par son développement consécutif, l'aspect d'une tumeur appartenant au corps thyroïde. Au reste, même apparence extérieure, même gêne dans les mouvements, dans la respiration, même influence sur la voix, et nécessité d'un traitement analogue; en un mot, les caractères communs au goître enkysté et à ces tumeurs justifient le rapprochement que j'ai essayé d'établir entre elles.

La compression de la trachée s'explique par l'accroissement de la tumeur, sa prolongation dans l'espace rétro-sternal et au-dessous du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien. L'une de ces trois circonstances suffit à elle seule pour expliquer la gêne de la respiration, les accès de suffocation et l'altération de la voix. Tout récemment j'ai pu, dans l'examen anatomique d'un goître volumineux, me convaincre des résultats de la pression exercée par des tumeurs analogues sur le conduit aérien. Sur une femme de cinquante-cinq ans, qui succomba aux ravages d'un cancer utérin dans le service de M. Imbert, à l'Hôtel-Dieu, le corps thyroïde, notablement hypertrophié, entourait et comprimait la trachée-artère; celle-ci, rétrécie à son origine et à sa partie moyenne, déviée à droite, offrait un aplatissement transversal et légèrement antéro-postérieur, qui réduisait au moins d'un tiers son calibre. Chez cette femme, je constatai en outre un emphysème pulmonaire fort étendu et une dilatation des cavités droites du cœur. Ces altérations ont d'ailleurs déjà été signalées. Au point de vue de l'influence exercée par le goître sur les poumons et le cœur, on peut lire un travail de Lullier Winslow, inséré dans le *Journal général de Médecine* (1816, tom. LVII, pag. 414). Et, plus récemment, dans son *Traité des Sections tendineuses*, M. Bonnet a fixé l'attention sur l'action compressive produite ou favorisée par les contractions des muscles sterno-mastoïdiens passant sur la tumeur, ou tendant les feuillets aponévrotiques qui la recouvrent. Il en déduit le conseil de pratiquer la section du muscle et de faire cesser par cette incision des symptômes graves auxquels on ne peut souvent qu'appliquer un traitement palliatif (1). Chez Mme Olier, j'ai noté les rapports de la tumeur avec le muscle sterno-mastoïdien; ils expliquent et justifieraient au besoin l'opinion de ce chirurgien distingué. Le système veineux n'est pas le seul à ressentir l'influence fâcheuse de la compression exercée par le corps thyroïde malade; les artères du cou, et il est facile

(1) Traité des Sections tendineuses, par A. Bonnet, p. 585.

de le comprendre; peuvent être comprimées, d'où résulte une dilatation anévrysmatique dans les parties situées plus bas. M. le professeur Fuchs, de Gœttingue, m'a montré, en 1842, un goître énorme qui paraissait peu saillant en avant durant la vie du malade, mais qui s'était développé en arrière et sur les côtés; les deux carotides, comprimées contre la colonne vertébrale, s'étaient dilatées au-dessous, et avec elles le ventricule gauche. Les parois de ce dernier, amincies et ramollies, finirent par se déchirer. On voyait sur la pièce, conservée dans l'alcool, une déchirure à bords saillants, longue de quinze millimètres, par laquelle le sang s'était fait jour et avait amené la mort.

J'ai trouvé récemment sur le cadavre d'une jeune femme, dont j'examinais le corps thyroïde avec MM. Faure et Mermet, internes des hôpitaux, une altération que je crois analogue à celle présentée par notre opérée. On verra dans les détails de cette autopsie, recueillis le jour même, que l'altération primitive des ganglions lymphatiques *péri* et *intra-thyroïdiens* n'est point une supposition gratuite. Après un examen superficiel, on aurait placé le siége du mal exclusivement dans la glande thyroïdienne, tandis que les ganglions voisins étaient seuls essentiellement altérés.

Obs. II (recueillie par M. Faure). — *Dissection d'une tumeur enkystée du corps thyroïde ayant son point de départ dans les ganglions lymphatiques de cet organe.*—Le 23 mai 1844, on a trouvé une tumeur située au cou sur une femme âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, et morte, comme l'indique l'autopsie, d'une pleurésie ancienne, accompagnée de tubercules assez nombreux au sommet des deux poumons. L'état des organes et les plis de la peau du ventre indiquent que cette femme a eu des enfants.

La tumeur du cou est située au niveau du lobe latéral gauche du corps thyroïde; la peau, à son niveau, n'est que faiblement distendue; la tumeur offre le volume d'une petite orange; elle est parfaitement limitée et arrondie. En pressant la tumeur, on la trouve élastique, légèrement fluctuante, on ne diminue pas son volume. Les ganglions lymphatiques voisins ne sont que légèrement engorgés.

On diagnostique un kyste du lobe latéral gauche du corps thyroïde.

On fait une incision longitudinale au niveau de la tumeur; la peau ne semble pas amincie. Les muscles qui recouvrent le corps thyroïde du côté gauche sont légèrement atrophiés et distendus, plus pâles que ceux qui recouvrent le lobe latéral droit. Les vaisseaux semblent augmentés faiblement de volume. Arrivé au niveau de la tumeur qui est adhérente et semble faire partie du corps thyroïde, on la dissèque avec soin; elle se limite parfaitement, et on voit qu'elle n'a que des rapports de contiguité avec le bord supérieur du lobe latéral gauche qui a augmenté de volume et a formé une cavité dans laquelle est logée la tumeur comme dans un nid. On ne trouve aucun pédicule. La membrane cellulaire assez lâche qui recouvre la tumeur envoie des prolongements qui seuls établissent son adhérence avec le corps thyroïde. La tumeur enlevée, on fait une ouverture qui laisse écouler un liquide qu'on recueille pour le soumettre à l'analyse (1). La tumeur s'affaisse, et on voit que sa partie solide est formée par une membrane de l'épaisseur de quatre millimètres dans tous ses points, d'un tissu opaque, blanc, serré, inextensible, lisse à sa surface extérieure, moins poli à sa face interne. Cette membrane est recouverte par une enveloppe celluleuse qui ne semble être qu'un prolongement de celle du corps thyroïde. A l'intérieur, la membrane, dans certains points, est directement en contact avec le liquide qu'elle contenait. Mais, dans sa plus grande surface, elle est recouverte par une pellicule qui semble formée par un tissu vasculaire; cette pellicule, flottante dans certains points, adhérente avec la membrane dans d'autres, envoie de distance en distance des prolongements qui traversent le kyste, sont adhérents par leurs extrémités et flottants par leur milieu. Cette pellicule, comme pulpeuse, présente des aspérités dans divers points, qui donnent par le toucher la sensation de petits fragments osseux qu'on peut en effet séparer de la pellicule et parfaitement reconnaître.

La glande thyroïde présente encore ceci de remarquable, qu'elle n'a point d'isthme ni de colonne; son lobe latéral droit a son extrémité inférieure augmentée de volume. A l'extrémité inférieure droite, on trouve une tumeur de la grosseur d'une petite noix, que l'on peut isoler de la substance même de la thyroïde, dans laquelle elle est enclavée. Cette tumeur ressemble par son aspect et sa consistance à une induration de ganglions lymphatiques qui tiendrait le milieu entre l'induration du tissu cellulaire et la dégénérescence squirrheuse.

Le sommet du même lobe doit son volume à plusieurs petits kystes à parois transparentes renfermant une substance qui ressemble assez exactement à l'humeur vitrée de l'œil; tout autour de ces tumeurs les granulations qui constituent le corps thyroïde semblent hypertrophiées; l'humeur jaunâtre qu'il sécrète est en plus grande abondance qu'à l'état ordinaire. Même en l'absence de renseignements précis fournis par la dissection, j'ai la pensée que dans l'observation suivante le corps thyroïde était au contraire primitivement malade; bien que rien ne répugne à croire, eu égard au mode d'invasion de la maladie, à la constitution du sujet et aux détails qu'on va lire, que des glandes lymphatiques enflammées et suppurées n'aient été le siége de cette énorme tumeur. La nature du liquide extrait, si différent de celui renfermé dans les kystes précédents (Obs. I et II), devrait-elle trancher la difficulté? J'ai l'espoir que des recherches ultérieures et plus étendues sur ce point nous permettront un jour de nous prononcer plus catégoriquement.

Obs. III.—*Tumeur enkystée du cou, d'un volume considérable, développée dans le corps thyroïde, et accompagnée d'une hypertrophie de cet organe. Traitement par la ponction et l'injection iodée. Traitement général consécutif. Guérison.* —Mlle Lh..., ouvrière en robes, âgée de vingt-deux ans, est d'une petite taille, d'une constitution assez

(1) Ce liquide renfermait une très-grande quantité d'albumine.

grêle et d'un tempérament nerveux ; elle est née à Lyon, d'un père ancien militaire qui s'est toujours bien porté, et d'une mère qui a succombé il y a plusieurs mois à une hémorrhagie cérébrale. Cette jeune personne n'a pas été vaccinée, a été atteinte de la variole il y a neuf ans, et en conserve des traces. Ses règles se sont établies avec quelque peine vers quinze ans; elles ont manqué quelquefois, et en général n'ont pas été abondantes. On ne doit pas oublier une circonstance qui a pu avoir une influence sur la maladie qui nous occupe. A l'âge de douze ans, après avoir eu à diverses reprises des éruptions à la face et au cuir chevelu (teigne muqueuse), on lui coupa les cheveux ; peu de temps après, il lui vint une petite glande au côté gauche du cou, près de l'extrémité interne de la clavicule correspondante. Petite et mobile d'abord, elle augmenta progressivement de volume, devint plus fixe, et résista à des traitements multipliés. Ce fut inutilement qu'on administra l'éponge calcinée à l'intérieur, qu'on fit faire sur le cou des frictions avec la pommade d'iodure de potassium; elle atteignit, il y a près d'un an, le volume qui la rend aujourd'hui difficile à supporter, par la gêne qu'elle apporte à la respiration, ou par l'aspect désagréable et presque repoussant qu'elle donne à la malade. En effet, l'excavation qui se trouve limitée en haut par le menton, en bas par les articulations sterno-claviculaires, est remplie par une énorme saillie plus prononcée à gauche qu'à droite, et qui présente trois autres saillies secondaires; deux occupent les parties antérieure et latérale gauches; la troisième, moins volumineuse, appartient au lobe droit du corps thyroïde: les deux premières présentent une fluctuation manifeste qui se transmet sans peine de l'une à l'autre; de sorte qu'il est permis de croire que leurs deux cavités communiquent librement. Commençant au niveau du menton, en haut, comme je l'ai dit, cette double tumeur se termine en bas derrière la fourchette sternale gauche, et derrière l'articulation sterno-claviculaire du même côte, le muscle sterno-mastoïdien est soulevé en passant au-devant de sa partie moyenne qu'il déprime; d'où résulte la forme bilobée : la fluctuation est manifeste, soit transversalement, soit verticalement; la saillie du côté droit est située plus haut et en arrière, séparée de la précédente par un sillon vertical. Elle a le volume d'un œuf de poule allongé, elle est dure et non fluctuante; je la considère comme appartenant à la glande thyroïde elle-même. Sa peau est saine et mobile ; les veines sous-cutanées sont assez développées; la respiration est gênée par moments, surtout dans la marche ascendante et après des efforts; la voix a l'altération ordinaire aux personnes goîtreuses, elle est quelquefois rauque et faible; la malade ressent des maux de tête (quelquefois des douleurs dans les yeux, qu'elle ouvre difficilement). La face est légèrement pâle, ainsi que le reste de la peau. Les muscles sont grêles. Bien qu'assez maigre, la malade dort, mange, et peut vaquer aux occupations de son état. Tels étaient les symptômes lorsque je fus consulté au commencement de juillet 1843. Je diagnostiquai un goître cystique ou hydrocèle du cou avec un léger développement hypertrophique du corps thyroïde. Je proposai la ponction et l'injection pour obtenir la cure radicale de cette maladie, me réservant de choisir une autre méthode si j'y étais amené par des réflexions ultérieures.

Le 22 juillet, assisté de M. Laugier, interne des hôpitaux, je pratiquai l'opération suivante : à l'aide d'un trocart à paracentèse abdominale, je ponctionnai la tumeur vers sa partie inférieure, et le plus près possible de la partie moyenne du cou; retirant le trocart et laissant la canule, il s'écoula près d'un grand verre d'un liquide brun-chocolat, mêlé de quelques flocons fibrineux et d'un peu de sang vers la fin. Les parois de la tumeur, qui étaient molles sans plaques, ce qui m'eût indiqué quelques points d'ossification, étaient revenues sur elles mêmes, et le volume du cou était sensiblement diminué. A l'aide d'une seringue à injections vésicales, je fis pénétrer par la canule, sans la déplacer, mais en la fixant avec la peau qu'elle traversait, un liquide irritant. Je m'étais arrêté au mélange suivant : teinture d'iode 1 partie, eau-de-vie camphrée 2 parties, eau de roses 4.

Au moment où pénétrait l'injection, la malade éprouva une douleur assez vive qui détermina du malaise et une syncope. La tumeur s'était reformée presque en entier, on y laissa le liquide injecté; la douleur se maintint assez vive le reste du jour et une partie de la nuit; il y eut peu de sommeil et une soif assez ardente. (Tisane de tilleul, potion éthérée; on recouvre la piqûre avec du diapalme et des compresses imbibées du liquide de l'injection.) Le lendemain, le cou est douloureux, le mouvement des mâchoires un peu gêné; du sang brunâtre s'est écoulé par la plaie; pouls à 96 pulsations le 24; le troisième jour, le cou est presque aussi gonflé qu'avant l'opération; il est très-douloureux. Vers le soir, la peau de la partie supérieure de la poitrine et inférieure du cou est tendue, douloureuse; la respiration est un peu gênée; le pouls est à 120. Chaleur générale vive. Les règles, venues la veille au matin, n'ont duré qu'un jour. (Cataplasmes sur la poitrine, sinapismes aux jambes, potion éthérée et opiacée, tisane idem, du bouillon pour tout régime.)

Le 25, quatrième jour, la malade a reposé une partie de la nuit et quelques moments dans le jour : elle souffre moins de la partie supérieure de la poitrine ; elle éprouve un abattement général, une soif vive, de l'appétit. Le pouls varie entre 96 et 120 ; il est assez fort; la peau est chaude et sèche. La tumeur n'a pas diminué; elle est douloureuse à la pression; il s'écoule de temps en temps un liquide séro-sanguinolent par la plaie. Elle a de la tendance à se fermer. (Même prescription : on donne de l'eau rougie avec du vin de Bordeaux.)

Le 26, huitième jour, il s'écoule un peu de pus par la plaie du trocart. La douleur est moins vive; tous les symptômes généraux de réaction inflammatoire sont amendés. Pouls à 84. (Prescription idem. Tenir constamment des cataplasmes de farine de lin et de seigle sur le cou : deux soupes, un biscuit dans du vin.)

Le 27 et le 28, le pus continue à s'écouler par la plaie; les cataplasmes en sont abondamment mouillés; il s'y joint parfois du sang séreux. On n'y

retrouve pas de trace du liquide injecté. Le 28 au soir, la tumeur paraît plus volumineuse et plus tendue ; l'écoulement purulent a diminué, il a fait place momentanément à un sang séreux presque pur. Pouls 96 ; chaleur plus forte, soif un peu moins vive. Une selle. (Même traitement.)

Le 29, la tumeur ne se vidant pas, je me décide à appliquer sur la plaie du trocart deux pastilles de potasse caustique. Quatre jours après, application de pâte de Vienne, après avoir fendu l'escharе. Vers le 6 août, l'escharе commence à se détacher. La plaie s'agrandit, laisse écouler avec du pus une grande quantité de matière analogue à celle qui sortit au moment de la ponction.

Le 7, on détache entièrement l'escharе avec des ciseaux, sans douleur ; la plaie bourgeonne, on y injecte de l'eau tiède. (Continuation des cataplasmes.) La tumeur diminue sensiblement, la fièvre est tombée, l'état général est excellent. La malade, qui s'était refroidie durant les pansements, a été prise d'un léger catarrhe pulmonaire ; une légère moiteur provoquée par des boissons chaudes l'a fait disparaître. L'état général est excellent.

Cessant de donner les détails de l'observation jour par jour, nous nous bornerons à relater que la suppuration continue pendant tout le mois d'août, et que pendant ce temps le volume de la tumeur diminue considérablement. Vers la fin de septembre, il survient en arrière du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien droit un point dur et enflammé. Cet empâtement, profond d'abord, se porte vers la superficie, et devient de plus en plus douloureux. La fluctuation y étant manifeste, j'y fis une ponction avec le bistouri. Ecoulement d'une grande quantité de pus phlegmoneux bien lié ; soulagement immédiat. (Cataplasmes de farine de lin, frictions avec la pommade d'iodure de potassium commencées quelques semaines auparavant et suspendues pendant la période inflammatoire sur le nouvel abcès ; établissement d'un cautère au bras.)

Dans le mois de décembre, la partie droite de la tumeur commence à diminuer de volume ; la circonférence du cou est de 35 centimètres. A la fin de janvier, la cicatrisation des deux plaies était complète.

Plusieurs fois les bourgeons charnus qui en naissaient ont été raffermis par le nitrate d'argent. La malade est mise à l'usage du sirop de Portal, de l'iodure de potassium en solution avec la tisane de houblon et de saponaire ; deux bains salés par semaine.

Le 13 mai, j'ai revu la malade : j'ai constaté que, sauf une hypertrophie légère qui persiste encore dans le corps thyroïde et plus particulièrement dans sa moitié droite, le cou a repris son volume et sa forme normaux. La cicatrice médiane qui résulte de la cautérisation, deux fois réitérée, est fort peu apparente ; le cou, dans sa plus grande circonférence, est de 33 centim. La diminution de volume est surtout remarquable dans le sinus vertical. Je dois ajouter que les douleurs de tête ont disparu, que la respiration n'est plus gênée, que les règles viennent régulièrement et sont plus abondantes. L'appétit est bon, la malade prend de l'embonpoint ; elle est plus colorée, et se fortifie tous les jours ; en un mot, aussi bien que l'état local, l'état général s'est remarquablement amélioré.

Analyse du liquide contenu dans le kyste (1). Ce liquide pesait 150 grammes ; sa couleur était d'un vert foncé ; il était troublé par une substance d'un rouge-brique tenue en suspension, et pareille à celle que forme le noyau de certains calculs ; sa consistance était visqueuse, et il ne pouvait filtrer à travers le papier. Ayant été exprimé dans un linge, il laisse sur la toile quelques caillots de sang et une grande quantité de paillettes blanches, nacrées, qui furent reconnues plus tard pour être de la cholestérine.

Essayée par la teinture de violette, cette humeur présentait une réaction alcaline. Traitée par la chaux, elle ne dégageait pas d'ammoniaque. Le nitrate d'argent produisait des flocons bancs abondants, solubles dans l'ammoniaque. Soumise à l'action du calorique, elle se coagulait aussitôt et en entier. Le coagulum présentait tous les caractères de l'albumine. Après avoir été lavée et réduite à l'état de siccité, on pouvait évaluer son poids à 4 grammes relativement à la totalité de la masse. L'alcool projeté dans cette humeur y produisait un précipité abondant, et la liqueur surnageante restait verte. Recueilli sur un filtre, ce précipité était d'une consistance très-visqueuse et d'un blanc-rose ; ce qui confirmait la présence du mucus, de l'albumine et de la matière colorante du sang.

La teinture alcoolique verte, concentrée, laissait déposer par le refroidissement quelques traces de graisse ; évaporée tout à fait, elle laissait un résidu vert résinoïde, qui, traité par l'eau bouillante, lui communiquait une couleur brune et ne s'y dissolvait qu'en faible proportion. Cette dissolution aqueuse, après avoir été elle-même évaporée, offrait les caractères attribués à l'osmazôme.

Conclusion. — De l'examen qui précède, on peut conclure que cette humeur était composée en très-grande partie d'albumine combinée avec de la soude, d'une matière résineuse verte, de la matière colorante du sang, d'osmazôme, de cholestérine, de graisse, de mucus, et d'une quantité notable de chlorure de sodium.

Le traitement, dans ce cas complexe, dut remplir deux indications : 1° combattre l'état local, en vidant le kyste et en l'oblitérant ; arrêter le développement hypertrophique du reste de l'organe : on y parvient soit à l'aide de la ponction suivie de l'injection, soit au moyen de frictions avec la pommade d'iodure de potassium et la solution de ce sel à l'intérieur ; 2° modifier l'état général, favoriser et régulariser la menstruation. J'administrai dans ce but le sirop de Portal, quelques drastiques (aloès). Je prescrivis les bains salés, un régime animal, du vin de Bordeaux ; je fis appliquer et entretenir un cautère au bras. La malade fut mise à l'usage du lait, et passa quelque temps à la campagne. Ces divers moyens ont obtenu l'effet désiré, et Mlle Lh. est dans un état de santé presque inespéré. J'aime à croire que le travail d'atrophie amené dans le corps thyroïde ira en se continuant ; la médication iodée sera suivie encore pendant quelques semaines dans ce

(1) Cette analyse a été faite par M. A. Guilliermond, pharmacien et chimiste habile.

but. Les détails de l'observation me dispenseront d'insister sur les effets de l'injection irritante faite dans un kyste de cette nature; elle détermine une vive inflammation suppurative; c'est un énorme abcès chaud dans un kyste ancien et plus dur, mieux organisé que les parois d'une collection récente; cette transformation produite par l'art a les plus heureux résultats. Une cautérisation partielle agrandissant la plaie du trocart facilite l'écoulement du pus; le foyer se vide largement; les parois et les tissus environnants, ramollis par l'inflammation, s'affaissent et viennent à se rapprocher; l'écoulement purulent diminue peu à peu : en même temps la cavité du kyste s'efface, et bientôt il ne reste plus qu'un noyau fibreux dont plus tard on pourra à peine retrouver les traces.

Je dois le dire : l'idée d'injecter la teinture d'iode dans le kyste du cou me fut suggérée par les leçons et la pratique de M. Velpeau, que j'avais vu, en 1839 et 1840, appliquer à une foule de cas cette thérapeutique nouvelle, réservée d'abord à l'hydrocèle de la tunique vaginale. On peut lire l'histoire d'un goître enkysté traité par cette méthode, dans le tom. XXIII du *Bulletin de Thérapeutique*, p. 221 (année 1842). L'observation fut recueillie dans le service du professeur de la Charité. Depuis lors, je ne sache pas que des faits analogues aient été publiés; il est probable cependant que ces tentatives auront été continuées par d'autres chirurgiens (1).

J'espère que les faits renfermés dans cette note encourageront à marcher dans la même voie, sans me dissimuler qu'il les faudra et plus nombreux et plus variés pour établir des règles générales applicables à d'autres cas particuliers. Dès aujourd'hui, nous pourrons conclure de ce qui précède :

1° Certains goîtres réclament le traitement des tumeurs enkystées affectant d'autres régions;

2° Les rapports vasculaires de la glande thyroïde et des tumeurs qui peuvent s'y développer éloignent de prime abord la pensée de l'extirpation, sauf quelques cas exceptionnels d'isolement très-marqué, de pédicule grêle qui faciliterait ou l'excision ou la ligature;

3° Parmi les méthodes connues, telles que *l'incision*, *l'excision partielle*, *le séton*, *la cautérisation de dehors en dedans*, *l'injection d'un liquide irritant*, il est permis de recourir à la dernière avec espérance fondée de succès;

4° Le mélange de teinture d'iode, 1 partie sur 2, 3, 4 ou 5 parties d'eau, comme pour l'hydrocèle, constitue un liquide suffisamment irritant;

5° Il n'est pas nécessaire de remplir le kyste vidé par la ponction et de remplacer le liquide évacué par une égale quantité de mélange de teinture d'iode; la moitié ou le tiers a paru suffisant. On peut sans inconvénient laisser dans le kyste ou extraire par la canule du trocart le liquide injecté;

6° L'inflammation suppurative qui se développe après l'injection amène une exfoliation des parois du kyste, oblitère sa cavité par une adhésion secondaire;

7° Le corps thyroïde hypertrophié autour du kyste peut diminuer de volume plus ou moins longtemps après l'injection, sous l'influence de l'excitation générale et du travail adhésif amené par l'inflammation. Cette atrophie pourra être activée au besoin par les préparations iodées administrées à l'extérieur ou à l'intérieur;

8° Il sera nécessaire de tenir compte de l'état général des sujets et de les soumettre à divers traitements suivant les indications. Une modification de la constitution par les toniques, les fondants, les emménagogues, etc., aidera puissamment à l'action des moyens locaux, topiques ou opératoires.

Dans un autre travail, nous étudierons les résultats obtenus par cette méthode, comparativement avec ceux fournis par l'incision, l'excision, le séton, etc.; nous appuyant sur des faits qui pour la plupart se sont passés sous nos yeux, soit dans les hôpitaux de Paris, soit à l'Hôtel-Dieu de Lyon, nous pourrons juger pratiquement la valeur relative de ces méthodes, en spécifiant pour chacune d'elles les cas d'application.

(1) M. Velpeau a réuni, dans ces derniers temps, un grand nombre de faits relatifs au traitement des tumeurs enkystées et aqueuses par les injections iodées. Il donne à la suite des observations qui font la base de son travail, communiqué à l'Académie des sciences (séance du 3 octobre 1842), les principes d'application de cette méthode générale. J'ai essayé de me conformer à ses préceptes dans des cas analogues. On peut lire dans le Bulletin de Thérapeutique (t. XXIV, p. 351) et dans les Mémoires de la Société médicale d'émulation de Lyon (t. II, p. 69), le résultat que j'ai obtenu dans la grenouillette.

---

14. *Mémoire sur la trachéotomie considérée au point de vue de la médecine opératoire; méthode nouvelle et instruments nouveaux d'opération;* par Jules Garin, D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Lyon.

(Gazette médicale de Paris, Nos 37 et 38.)

La nécessité absolue de rétablir la liberté de la respiration dans les cas d'angine suffocante a été reconnue de tout temps; seulement les moyens d'y parvenir ont souvent varié. L'histoire complète de ces variations, reproduite par tous les auteurs qui se sont occupés de la trachéotomie, serait dans ce mémoire aussi inutile que longue et fastidieuse. Je me bornerai donc à en présenter les principaux traits, afin de mieux faire comprendre et les difficultés de l'opération et l'importance du but que je me suis proposé.

Mon travail est divisé en trois parties : dans la première, j'examine rapidement les inconvénients des procédés anciens de trachéotomie, et avec plus de détails ceux du procédé ordinaire.

Dans la seconde, je fais connaître une méthode nouvelle d'opération et des instruments nouveaux, qui servent soit à la pratiquer, soit à assurer ses résultats.

Dans la troisième, m'élevant à un ordre de considérations plus élevées, je cherche à déterminer la valeur de la trachéotomie dans le croup, eu égard aux effets du traitement consécutif par la cautérisation et aux accidents qui compliquent l'opération.

Première partie. — *Esquisse historique.*

Asclépiade, restaurateur de la médecine à Rome, est le premier qui conseilla d'ouvrir par une opération sanglante le canal respiratoire. Il appartenait

à celui qui avait appelé la médecine antique une froide méditation de la mort, comme le lui reproche Pline, de proposer dans l'angine ce hardi moyen. Mais on ignore s'il pratiqua jamais l'opération et comment il s'y prit.

Anthyllus, autre médecin de Rome, et héritier de la gloire d'Asclépiade, voulait, suivant le procédé qui nous a été conservé de lui par Paul d'Egine, qu'on pratiquât l'opération d'un seul coup de bistouri porté en travers sur le devant du cou, juste au niveau de l'espace membraneux qui sépare le troisième annean de la trachée du quatrième, imitant peut-être, par cette section d'emblée de la peau et du tube aérien, le coup de rasoir que se portent à la gorge ceux qui attentent à leurs jours. L'histoire n'ajoute pas si Anthyllus abandonnait la plaie à son écartement spontané, ou s'il introduisait quelque instrument pour la tenir béante.

Bien des siècles après, dans l'Italie encore, Fabrice d'Aquapendente, celui-là même qui regardait la trachéotomie comme la première des opérations, parce qu'en rendant subitement la vie à qui allait la perdre, elle fait de l'homme l'égal des dieux, Fabrice, à qui la trachéotomie doit tant, apporta plusieurs modifications importantes au procédé d'Anthyllus. Conservant, avec la timidité de cet auteur, la section transversale de la trachée dans le troisième intervalle membraneux de ses anneaux, bien qu'il eût proclamé l'innocuité de la lésion de cet organe dans ses autres parties, il veut qu'on en pratique l'ouverture avec une simple lancette, et que, pour en rendre plus sûre l'exécution dans le point indiqué, on mette d'abord la trachée à découvert au moyen d'une incision verticale de la peau, dont on maintiendra les lèvres écartées par deux crochets. Mais ce qui fait le plus de gloire à Fabrice, c'est que, pour assurer la liberté de la respiration à travers la plaie, il conseilla le premier l'usage des canules.

A peu près vers le même temps, et dans cette même Italie, Sanctorius, le célèbre inventeur de la médecine statique, frappé sans doute des chances d'hémorrhagies et des difficultés de toute sorte qu'offre la méthode précédente, imagina de ponctionner la trachée avec le même instrument qui lui avait servi à vider le ventre dans l'hydropisie. Inventant en quelque sorte une seconde fois le trois-quarts pour la trachéotomie, il l'enfonça, armé de son fourreau d'argent, dans le lieu d'élection de la trachée; puis, retirant seul le poinçon du trois-quarts, il assujettit la canule dans la plaie.

Ces deux procédés, celui de Fabrice et celui de Sanctorius, modifiés mille fois par des perfectionnements qui remplissaient mieux le but des inventeurs, sans rien changer à leur idée première, restèrent ensemble dans la pratique jusqu'au temps de Desault; et ce fut souvent une question, dans le siècle dernier, que de savoir lequel on devait préférer de ces deux procédés pour l'ouverture artificielle du canal respiratoire. Cependant tous deux, malgré l'opinion de Louis, succombèrent sous les raisons suivantes.

D'un côté, la trachée, par sa profondeur au lieu de l'incision, et par son voisinage de plusieurs vaisseaux considérables et d'artères importantes, faisait de la trachéotomie, telle surtout que la voulaient les partisans de la section transversale, le mode d'ouverture de la trachée le plus dangereux et le plus difficile dans les circonstances extraordinaires qui la réclament. D'un autre côté, par l'épaisseur des parties molles qui la recouvrent, par l'étroitesse de son canal, par sa mobilité extrême, et par la résistance médiocre qu'elle oppose à toute pression, la trachée faisait aussi de la ponction par le trois-quarts une entreprise non-seulement difficile en elle-même, mais encore dangereuse pour les organes situés derrière la trachée. Enfin, dans les deux cas, les canules mises en usage ne présentaient pas une largeur suffisante à la respiration, et n'avaient aucune des conditions qui facilitent leur séjour et leur remplacement dans la trachée.

Ainsi, au point de vue anatomique comme au point de vue de l'expérience, ces procédés étaient insuffisants. Des diverses modifications qu'on y apporta dans la suite, une seule mérite d'être citée : c'est celle de Desault, qui substitua l'incision verticale du larynx à l'incision transversale de la trachée par les anciens auteurs, et permit ainsi d'obtenir avec moins de danger une plus large ouverture. Après lui, le lieu seul de la section changea dans le procédé opératoire, et l'on créa autant de procédés qu'on détermina de points incisables dans le canal aérien, en combinant les diverses sections du larynx avec celles de la trachée.

Je n'ai pas à me prononcer ici sur la valeur relative de tous ces procédés; qu'il me suffise de dire que les combinaisons de laryngotomie ne sont pas employées dans le croup, et qu'on leur a préféré jusqu'à présent la trachéotomie ancienne, telle que l'avait décrite Fabrice, et dans laquelle, substituant à la section transversale de cet auteur l'incision verticale de Desault, on a conservé l'usage des canules introduites dans la trachée après l'opération.

Mais, quelle que soit la direction donnée à l'ouverture de la trachée, les désavantages reprochés à la trachéotomie proprement dite sont les mêmes, et il me reste à examiner :

1° Si ces désavantages, qu'elle puise, comme nous avons vu, dans les conditions anatomiques du lieu de l'incision, de sa profondeur et de son voisinage de vaisseaux sanguins importants, sont suffisamment compensés par la certitude qu'on a, en l'employant, d'ouvrir largement les voies aériennes dans un point qui est en même temps favorable à la recherche des fausses membranes, éloigné de l'organe si délicat de la voix, et qui peut facilement recevoir et conserver des canules capables d'entretenir largement la respiration.

2° Si ces désavantages ne peuvent pas disparaître dans le procédé d'opération que je propose, sans qu'on perde aussitôt les avantages qui les compensent dans la trachéotomie ordinaire.

Analyse et critique du procédé ordinaire de la trachéotomie. — Dissection trop profonde et trop étendue des tissus sous-jacents; difficultés et accidents qui en naissent; conclusion.

On sait que le procédé ordinaire de la trachéotomie est le suivant :

Le malade est assis ou couché, le cou dans l'extension; l'opérateur, placé à sa droite, fait à la peau,

avec un bistouri, une incision qui s'étend depuis le bas du larynx jusque vers le bord supérieur du sternum ; c'est le premier temps de l'opération. Ensuite, par une dissection attentive, et d'une étendue égale à celle de l'incision, il arrive à la trachée en traversant successivement l'aponévrose cervicale, la bride de réunion des lobes thyroïdiens, et quelquefois le corps thyroïde lui-même, les plexus veineux superficiels et profonds qui forment ici de véritables couches, des veines et des artères plus ou moins importantes, qu'il doit éviter, écarter ou lier, enfin les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens, qu'il sépare sur la ligne médiane ou qu'il coupe suivant leur longueur ; c'est le second temps de l'opération. La trachée mise à découvert, et le sang étanché ou arrêté par des ligatures, le chirurgien en pratique l'ouverture du troisième au septième anneau, sinon, comme le dit M. Velpeau, du deuxième au huitième, et cela avec un bistouri aigu et un bistouri boutonné, qu'il porte l'un après l'autre dans la plaie, en les guidant sur le bord radial du doigt indicateur de sa main gauche, dirigé en avant à la recherche de la trachée. Ce troisième temps de l'opération achevé, il écarte les bords de l'incision trachéale avec le doigt ou avec une sonde, ou, mieux encore, avec une pince à dilater, et y fait glisser une canule d'un calibre et d'une force convenables, qu'il fixe avec soin dans le canal respiratoire, au moyen de rubans attachés à la partie postérieure du cou ; c'est le quatrième temps, et l'opération est terminée.

Ce procédé présente plusieurs graves difficultés et des dangers de plus d'un genre.

Et d'abord, la dissection des tissus sous-cutanés qui succède au premier temps de l'opération rend une hémorrhagie grave à peu près certaine. On sait, en effet, que la trachée devient de plus en plus profonde à mesure qu'elle descend vers la poitrine, et que, vers la partie inférieure du cou, on est obligé de l'aller chercher à plus d'un pouce au-dessous de la peau. Cette disposition est même plus marquée chez les enfants ; une plus grande épaisseur de tissu cellulaire adipeux est interposée chez eux entre la peau et le canal aérien, dont le calibre est d'ailleurs, toute proportion gardée, beaucoup moindre que chez l'adulte. Qu'à cette épaisseur naturelle des tissus on ajoute l'intumescence morbide que leur donne le croup, et l'on sera convaincu qu'une hémorrhagie est d'autant plus à redouter que les vaisseaux du cou sont alors plus dilatés par une grande quantité de sang, comme il arrive dans tous les cas de suffocation. Mais ici il faut citer les auteurs.

« Après avoir intéressé, dit M. Malgaigne, par des divisions successives et ménagées, la peau et l'aponévrose cervicale antérieure, on divise, dans l'étendue d'un pouce, l'isthme du corps thyroïde et le plexus veineux qui le suit, et l'on met la trachée à découvert » (1). — Quant au siége de l'incision, « l'ouverture doit comprendre, dit M. le professeur Velpeau, au moins les quatrième, cinquième et sixième, sinon le troisième et le septième anneaux cartilagineux » (2).

(1) Malgaigne, Méd. opér., p. 515, 3e édit.
(2) Velpeau, Méd. opér., t. III, p. 682, 2e édit.

Quand on réfléchit au lieu d'élection adopté par ces auteurs pour l'incision des tissus sous-cutanés et pour l'ouverture de la trachée-artère, on demeure surpris. Pouvait-on, en effet, choisir dans la région sous-hyoïdienne un point plus abondant en vaisseaux de tous genres? On comprend alors pourquoi M. Malgaigne a pu dire que, dans la plupart des observations publiées, il a fallu lier jusqu'à cinq et six vaisseaux, et l'on n'est plus étonné de voir la crainte de l'hémorrhagie empêcher si souvent les praticiens d'entreprendre la trachéotomie, même dans les cas les plus pressants.

Mais ce n'est pas seulement la perte du sang qui est à craindre dans cette section à découvert des veines et des artères thyroïdiennes que je critique ici : on ne redoute pas moins l'asphyxie par l'introduction du sang de la trachée ; « car, dit M. Trousseau, si, après avoir incisé la trachée, le chirurgien tâtonne et ne peut introduire la canule, à chaque mouvement d'inspiration, le sang s'engouffre dans le canal respiratoire, et comme l'air ne peut y pénétrer en même temps, une asphyxie presque immédiate peut en être la conséquence. »

Il ne faut donc pas trop s'étonner, après cela, que M. Récamier ait pu recommander de faire l'opération en deux temps et de n'ouvrir la trachée qu'après vingt-quatre heures, pour être bien sûr que le sang est arrêté, comme si le plus souvent l'asphyxie déjà menaçante du malade laissait au médecin le temps de mettre à profit ce singulier conseil ; et l'on doit bien plutôt admirer M. le professeur Roux, qui, la bouche collée sur la plaie, aspira le sang introduit dans la trachée, et sauva son malade d'une mort certaine.

Ce n'est pas tout : supposons le chirurgien arrivé sans encombre jusque sur la trachée et celle-ci ouverte, *l'écartement des bords de la plaie trachéale* et *l'introduction de la canule*, voilà deux nouvelles difficultés qui, autant que les précédentes, ralentissent l'opération, la compliquent, et laissent l'enfant dans le plus grand danger.

« Quant à l'écartement de la plaie, dit M. Malgaigne, l'élasticité des anneaux divisés de la trachée y fait seule obstacle. Il semble que, comme ils ne font pas un cercle complet, leur division doit déterminer la tendance qu'ils ont à se rapprocher ; mais ils sont intimement unis aux anneaux voisins par le tissu fibreux trachéal qui les empêche de perdre leurs rapports. Il faut, pour vaincre cette résistance, faire une incision très-étendue ; on a même conseillé, poursuit le même auteur, de faire éprouver aux anneaux une perte de substance ; mais peut-être, ajoute-t-il, y parviendrait-on plus sûrement en divisant de côté et d'autre le tissu fibreux qui unit aux anneaux cartilagineux, demeurés intacts, les anneaux divisés (1). »

Ainsi, ce n'est rien moins que par une échancrure faite à la trachée, ou par une espèce de porte à deux battants ouverte sur les lèvres de l'incision trachéale, qu'on propose d'introduire la canule ; je laisse à juger de la simplicité et de la célérité du procédé.

Et encore ce procédé resterait-il insuffisant, car

(1) Malgaigne, Méd. opér., p. 515, 3e édit.

on sait que l'instant de l'opération le plus grave pour le malade et le plus embarrassant pour le chirurgien est celui où, l'incision de la trachée étant faite, toute grande qu'on la suppose, on en veut écarter les bords et y faire pénétrer la canule. Le sang, en effet, s'engloutit alors dans la trachée à chaque inspiration et suffoque le malade ; de plus, il masque l'ouverture trachéale, que recherche à tâtons l'opérateur, dont la précipitation augmente encore les difficultés : ni doigt, ni dilatateur, ni canule n'entrent ; et l'hémorrhagie, si elle existe, continue par la gêne même de la respiration, jusqu'à ce qu'on ait enfin atteint le but désiré.

Mais une circonstance qui, plus que toute autre, augmente les difficultés de l'introduction de la canule, c'est la mobilité incessante de la trachée, dont on suit avec peine les déplacements au fond d'une plaie profonde.

Déjà même cette mobilité a pu causer bien des accidents : incisée au hasard, et souvent incomplétement, la trachée, excitée encore par le sang qui pénètre en sifflant dans son intérieur par une étroite fissure, s'échappe de dessous l'instrument tranchant et laisse l'opérateur dans le plus grand embarras. Le bistouri sorti de la trachée n'y peut entrer, et fait quelquefois une seconde ouverture, que le danger imminent de suffocation rend nécessaire ; ou bien, porté par un mouvement mal dirigé, trop rapide, il va ouvrir quelque vaisseau important, blesser même le fond de la trachée et atteindre l'œsophage, comme cela est arrivé à Dupuytren lui-même, et comme on en trouve un exemple de M. Sédillot, cité par M. Lenoir dans sa thèse de concours. Aussi a-t-on essayé de parer à ces graves accidents en fixant comme on a pu la trachée de diverses manières. Bauchot, chirurgien de la marine royale, à qui l'on doit le bronchotome vanté par Louis, avait inventé une espèce de fourches à branches mousses pour cet objet ; Sanson aîné employait simplement une pince de dissection mise à cheval sur l'organe ; M. Bretonneau et avec lui M. Trousseau se servent d'une érigne très-fine et à manche pour attirer en avant et fixer la trachée pendant l'incision. M. Trousseau conseille même de profiter de ces mouvements de va et vient de la trachée pour l'inciser au moment où, portée en avant, elle s'offre au tranchant du bistouri ; mais on comprend que toutes ces manœuvres sont peu sûres et d'une très-difficile exécution.

Enfin, pour terminer ce qui me reste à dire de la méthode opératoire que je critique ici, je dois signaler l'inconvénient de fixer la canule au moyen de lacs entourant le cou et se nouant en arrière ; alors il arrive de deux choses l'une : ou ces liens mal serrés ne servent à rien ; ou, serrés convenablement, ils compriment le cou, non-seulement dans l'état de rémission croupale du malade, mais encore, et bien plus, pendant les accès, alors que le cou se gonflant avec force a à lutter contre un collier inextensible. De là, compression des jugulaires, obstacle à la circulation veineuse, congestion cérébrale et apoplexie se joignant à l'asphyxie pour faire périr plus sûrement le malade.

On le voit, si on ne peut contester à la trachéotomie, telle qu'elle est ordinairement pratiquée, l'avantage appréciable sans doute de conduire dans un point de la trachée plus convenable, soit pour l'établissement de la canule, soit pour les manœuvres du traitement consécutif, on ne saurait nier aussi que le procédé mis en usage n'y fasse pénétrer qu'à travers des dangers presque inévitables.

Je passe à l'exposition des moyens d'opération plus parfaits peut-être que je propose.

DEUXIÈME PARTIE. — *Description d'une nouvelle méthode d'opération. — Trachéotomie cricoïdienne ; ponction et incision combinées ; trachéotome dilatateur ; collier à érignes remplaçant les canules.*

Le but essentiel et immédiat de la trachéotomie dans le croup en particulier est d'ouvrir à l'air un passage que lui refusent le larynx et la trachée obstrués par de fausses membranes : celui d'appliquer des topiques sur la muqueuse trachéale altérée ne vient qu'en seconde ligne.

Quelque étroite donc que soit l'ouverture artificielle pratiquée à la trachée, elle remplira ce but, pourvu qu'elle soit au moins égale à celle du larynx au moment de la dilatation de la glotte, c'est-à-dire au moment de l'inspiration.

Cela est si vrai, et cette indication avait été si bien appréciée, que dès le XVIe siècle, Sanctorius avait le premier, dans un cas d'angine, purement et simplement ponctionné la trachée avec un trois-quarts pour rétablir la respiration.

Sans approuver ce procédé, dont les inconvénients ont été signalés plus haut, j'y joins pourtant l'idée de rétrécir, autant que possible, le champ de l'incision trachéale, en ne lui donnant que l'étendue nécessaire à la canule. Si cette étendue existe dans un point inoffensif de la trachée, tout le problème se réduit à y faire pénétrer une canule d'un volume convenable.

Or, cette étendue propice peut être facilement déterminée.

Il y a, en effet, sur la ligne médiane du cou, entre le bord inférieur du cartilage thyroïde et le deuxième anneau trachéal, un espace de 2 centimètres de hauteur sur presque autant de largeur, où la trachée, très-superficielle, est dégagée de tout vaisseau important : là, les artères carotides sont à un pouce de distance de l'organe ; les laryngées inférieures ne traversent la membrane crico-thyroïdienne que sur les côtés, et les deux thyroïdiennes supérieures s'anastomosent seulement par des rameaux très-déliés sur le bord supérieur du corps thyroïde, lequel est d'ailleurs échancré au centre et ne recouvre ordinairement en ce point que le premier ou le deuxième anneau de la trachée. Ce n'est que dans les parties inférieures et profondes de la glande que s'enlacent les ramifications du plexus veineux thyroïdien, dont la plus grande partie est, du reste, située presqu'en entier au-dessous de l'organe.

Ces dispositions anatomiques connues, si, par une *ponction directe* de la peau et des tissus sous-jacents, on fait pénétrer dans l'espace ainsi limité de la trachée un bistouri étroit et acéré, semblable à un des ténotomes aujourd'hui en usage, on pourra le faire sans danger, et l'incision, verticalement prolongée au-dessous du cartilage thyroïde, dans

l'étendue d'un centimètre et demi, sera suffisante au calibre ordinaire d'une canule.

La difficulté sera d'y introduire celle-ci ; car, l'instrument coupant retiré, il sera d'autant plus malaisé d'élargir les bords de la plaie trachéale et d'y faire entrer la canule ou un dilatateur, que cette plaie sera plus étroite, moins longue, et faite sur le cartilage cricoïde, c'est-à-dire sur un point moins dilatable de la trachée.

Mais que, par un mécanisme particulier, on suppose que la lame de l'instrument qui a incisé la trachée se dédouble et s'écarte avec assez de force des deux côtés pour repousser en dehors les bords de la plaie, et l'on pourra immédiatement introduire la canule munie d'un embout, ou, comme je propose aussi, des crochets propres à la remplacer.

C'est ce que j'ai voulu réaliser au moyen d'un instrument très-simple, et que j'appellerai, si l'on veut, pour indiquer son double usage, *trachéotome dilatateur*.

Il consiste dans une sorte de pince à ressort, tout à fait semblable, pour la forme et le jeu, à la pince à ligature de Graeffe, dont les branches, parfaitement effilées comme deux petites lames jumelles, auraient le tranchant d'un bistouri par leur accolement intime, et la force d'un dilatateur par leur écartement mécanique.

L'idée mère d'un instrument ainsi conçu est facile à saisir : les perfectionnements de détails vont la rendre immédiatement applicable.

Et d'abord, pour donner au trachéotome l'acuité convenable, malgré le parallélisme de ses lames, je ne le rends tranchant que par l'une de ses branches en saillie sur l'autre de 1 ou 2 millimètres, et agissant dès lors en toute liberté.

Ensuite, pour éviter de blesser la paroi postérieure de la trachée ou les organes sous-jacents dans le mouvement de ponction qui fait pénétrer l'instrument, ou dans le courant de l'opération, il suffit de recourber légèrement le trachéotome sur son bord tranchant, de manière à lui donner la forme d'un double crochet coupant par le bord concave de l'une de ses branches, mousse et arrondi par le bord convexe de ses deux branches réunies.

En se servant de cette espèce de petite faucille à deux lames, introduite par la pointe dans la membrane crico-thyroïdienne, et portée en bas pour l'incision de la trachée, on n'a point à redouter de plaie profonde, dont le bord convexe, mousse et arrondi de l'instrument, glissant sur la face postérieure de la trachée, garantit celle-ci pendant les divers temps de l'opération.

La forme de crochet donnée à l'instrument permet en outre à l'opérateur de retenir la trachée sous sa main, sans qu'elle puisse s'échapper pendant les mouvements de déglutition et de suffocation qui entravent toujours la dextérité du manuel opératoire. Cet objet est même mieux rempli si, la pointe de l'instrument restant aiguë, comme il a été dit, son tranchant est reporté tout entier au-dessus de sa courbure, pendant que celle-ci demeure entièrement mousse pour les deux branches. Ce petit perfectionnement oblige tout au plus à enfoncer davantage le trachéotome après la ponction, ce que son bord convexe rend tout à fait sans danger, et à lui donner pour l'incision une direction en rapport avec celle de sa portion tranchante ; mais il lui fait acquérir l'avantage d'une véritable érigne qui retient au besoin la trachée sans l'entamer.

Il n'est peut-être pas inutile d'ajouter que cet instrument, ainsi exécuté, peut servir au besoin de pince à ligature, d'autant mieux que la courbure qu'il présente lui permet d'embrasser plus de parties à la fois et de saisir plus facilement les vaisseaux divisés.

Enfin, pour ne rien omettre, l'écartement des branches est augmenté et réglé par un ressort intermédiaire et oblique qui repousse celle des deux lames sur laquelle il glisse lorsque le bouton à dent, pressé par l'opérateur, la laisse échapper, comme dans la pince de Graeffe.

Les conditions anatomiques de l'opération (telle que je la propose, et que j'appelle, pour marquer son but, *trachéotomie cricoïdienne*) reconnues, l'instrument accepté, rien de plus facile à comprendre que le manuel opératoire.

L'enfant est couché sur le dos ou assis, les bras et les jambes emmaillottés dans un drap roulé autour de son corps ; le cou, modérément renversé, est rendu saillant par un coussin. Le chirurgien se place à sa droite ; de la main droite il tient le trachéotome en première position, l'index sur le dos des lames, le pouce au niveau de la dent à ressort et prêt à déterminer l'écartement des branches au moment donné ; de la main gauche, il fixe le larynx avec l'index appliqué au-dessous de lui sur la membrane crico-thyroïdienne, là où l'instrument doit piquer.

Ce point bien assuré, le manuel opératoire se compose de trois temps : dans le premier, on fait pénétrer la pointe de l'instrument fermé dans la membrane crico-thyroïdienne, et on l'enfonce en le relevant jusque sur le fond de la trachée, contre lequel vient reposer son bord convexe ; dans le deuxième, on incise la trachée et les tissus sub-jacents dans l'étendue d'un centimètre et demi, en faisant glisser le trachéotome obliquement de haut en bas contre la paroi postérieure de l'organe ; dans le troisième, on lâche le ressort : les lames s'écartent et dilatent la trachée ; on place la canule ou le collier dilatateur, on retire l'instrument, et l'opération est terminée.

On voit par ce qui précède, que le maniement de l'instrument ne diffère presqu'en rien de celui d'un bistouri, tant qu'il agit comme tel, et que toute la différence est dans l'écartement des lames qu'on produit à volonté par l'échappement du bouton qui les tient unies l'une à l'autre. Il pourrait donc être employé dans le procédé ordinaire et conserver la même utilité.

Quant au procédé opératoire en lui-même, il diffère essentiellement de tous les autres, en ce qu'un seul instrument sert à ouvrir la trachée et à en écarter les bords, et qu'il permet ainsi d'achever l'opération presqu'en un seul temps et avec une grande promptitude.

Mais c'est surtout par ses résultats immédiatement avantageux que ce procédé se distingue.

Ainsi, en premier lieu, la peau, par l'étroitesse de son incision exactement égale et parallèle à celle

de la trachée, se colle contre les parois de la canule ou contre les crochets dilatateurs que nous lui substituons, recouvre hermétiquement les tissus que traverse l'instrument, et les place dans les conditions les plus propres à limiter l'inflammation, à prévenir les cicatrices vicieuses et à diminuer les dangers plus grands qui accompagnent l'opération dans le procédé ordinaire; je veux parler de l'hémorrhagie et de l'introduction de l'air dans les veines. Le procédé que je propose est, en effet, la sauvegarde la plus assurée contre ce double accident; des chirurgiens célèbres ont vu périr ainsi des malades sur le lit de souffrance, et l'on ne saurait trop chercher à prévenir une mort si prompte dans une opération dont on n'est que trop disposé à attribuer tout l'insuccès à l'opérateur.

D'abord les chances fâcheuses de ces deux revers sont éloignées par le choix même du lieu et par la brièveté de l'incision qui livre passage à l'air. L'hémorrhagie, en effet, dans l'espace étroit que nous avons limité, ne peut venir que de trois sources: 1° des arcades artérielles et veineuses crico-thyroïdiennes; 2° des rameaux de terminaison des deux thyroïdiennes supérieures qui longent en s'anastomosant le bord supérieur du corps thyroïde; 3° enfin, des ramuscules artériels et veineux qui rampent dans l'isthme de cette glande. Les deux seuls vaisseaux notables ici sont donc les artères crico-thyroïdiennes qui viennent de l'artère thyroïdienne supérieure, descendent obliquement en dedans du cartilage thyroïde, et passent transversalement sur la membrane crico-thyroïdienne, qu'elles percent sur les côtés pour s'anastomoser sur sa face postérieure par leurs radicules de terminaison. On peut les éviter en ménageant la membrane crico-thyroïdienne, et en ne portant la pointe de l'instrument que juste au-dessus du cartilage cricoïde. Mais, en supposant que, malgré toutes les précautions possibles, cette artère laryngée inférieure ait été coupée, il est difficile qu'elle donne lieu à une hémorrhagie inquiétante, et je m'étonne, avec M. Velpeau, qu'on se soit tant occupé d'un vaisseau de si peu d'importance.

On conçoit que les mêmes remarques soient applicables à l'absorption de l'air par de pareils vaisseaux; et puis, la crainte de l'hémorrhagie et de l'absorption veineuse de l'air fût-elle fondée, la pression de la peau restée collée sur les veines béantes ou sur les artères ouvertes modérerait l'une et empêcherait l'autre. De plus, les muscles et les aponévroses cervicales, demeurés en place et simplement divisés comme la peau, seconderaient aussi la pression préservatrice de l'enveloppe cutanée.

Tels sont les avantages positifs qui me paraissent ressortir directement du procédé suivant lequel je conseille de pratiquer la trachéotomie: sans doute ce procédé doit soulever bien des objections; je vais essayer d'en prévenir quelques-unes.

Elles peuvent, à mon sens, porter sur deux points: 1° sur l'insuffisance de l'instrument; 2° sur la valeur théorique du procédé.

Quant à l'instrument, on ne saurait guère contester son double usage et la simplicité pratique de son emploi. La dilatation de la trachée et le rétablissement de la respiration sont presque instantanés; voilà donc deux difficultés vaincues: l'écartement des bords de la plaie et l'introduction de la canule, deux obstacles qui, autant que l'hémorrhagie, rendent l'opération toujours laborieuse et pleine de périls.

Peut-être, en voyant un instrument aussi acéré par la pointe destinée à pénétrer du premier coup dans la trachée et à y séjourner quelques instants au besoin, trouve-t-on la manœuvre peu sûre et dangereuse? Cependant on peut dire que l'incertitude et le danger ne sont pas plus grands qu'avec le bistouri ordinaire dans le procédé connu, où le sang qui inonde la plaie et la mobilité de la trachée plus profonde ne permettent pas de diriger l'instrument avec sûreté. Mais il suffit, pour répondre tout à fait à l'objection, de faire considérer que le point indiqué par nous pour la ponction de la trachée est l'intervalle membraneux crico-thyroïdien, c'est-à-dire le point le plus superficiel, le plus mince et le plus facile à atteindre de la trachée, et que, pour y arriver, on n'a à traverser que trois couches minces, la peau, le fascia et l'aponévrose cervicale.

Les objections à faire au procédé en lui-même me paraissent à la fois plus graves et plus nombreuses.

La prêmière qui se présente est celle-ci: *Le lieu proposé pour l'incision de la trachée est-il bien choisi* (1)? Cette incision étroite, ainsi faite dans la partie la plus malade du canal respiratoire, et dans le voisinage intime du larynx, n'offre-t-elle pas au chirurgien les chances doublement funestes, ou de ne pouvoir suffisamment modifier par les topiques les tissus affectés pour limiter le mal et obtenir la guérison, ou de voir celle-ci compliquée par la suppuration et la nécrose du larynx, dont les parties cartilagineuses ne sauraient supporter longtemps avec impunité le contact de l'air?

Cette objection, plus spécieuse qu'il ne semble au premier abord, aurait quelque valeur, si, d'un côté, l'ouverture trachéale, tout en siégeant dans le lieu où les pseudo-membranes sont d'ordinaire accumulées en plus grande abondance, empêchait de porter l'écouvillon et avec lui les topiques jusque dans les profondeurs du canal bronchique; et si, d'un autre côté, l'étroitesse même de l'incision trachéale, et les ménagements pris pour n'entamer la peau que dans la même étendue, ne préservaient pas le larynx et ses annexes de l'influence nuisible de l'air extérieur.

Ce danger de la nécrose et de l'inflammation purulente du larynx existe, il est vrai, dans la laryngotomie, alors que les cartilages de l'organe, coupés dans toute leur longueur, laissent la glotte béante à l'air, et qu'eux-mêmes, baignés par le pus, se trouvent encore offensés par la présence nuisible de la canule. Mais le cartilage cricoïde ne concourt en rien à la formation *essentielle* de l'organe de la

(1) C'est à Boyer que revient l'idée première d'avoir désigné l'endroit de la trachée que j'ai choisi pour la pratique de l'opération, et quoiqu'il fit l'incision de bas en haut après avoir découvert la trachée, quoiqu'on ait préféré, après lui, la faire de haut en bas, il n'en est pas moins juste de lui reporter le mérite d'avoir innové la méthode de la crico-trachéotomie.

voix, si ce n'est en offrant un point d'appui au cartilage arythénoïde, et dans le procédé que je conseille d'adopter, il est seul coupé; le cartilage thyroïde reste intact, et les cordes vocales ne reçoivent guère plus l'action de l'air que si l'incision était faite au-dessous de l'anneau du cricoïde, où elle peut, du reste, être commencée avec à peu près les mêmes avantages.

Mais le lieu d'élection pour l'ouverture trachéale une fois justifié de toute influence fâcheuse sur le traitement et sur la guérison, les attaques qu'on peut diriger contre le procédé par rapport aux conditions anatomiques dans lesquelles il se trouve, restent tout entières. On ne contestera point cependant la facilité de déterminer à travers la peau le lieu d'élection marqué par la fossette qui sépare les deux cartilages du larynx en avant et où le bout du doigt indicateur fixe sans peine le point que doit traverser l'instrument; et si on objecte l'épaisseur même du cartilage cricoïde qu'on doit inciser, la résistance qu'il opposera victorieusement au jeu du trachéotome au moment de sa dilatation, et l'élasticité par laquelle il fera toujours remonter vers la glotte la canule dont le contact est nuisible, je répondrai que ces obstacles sont très-minimes chez les enfants, qui fournissent le plus de cas de trachéotomie, et que, rejetant l'emploi de la canule, nous n'avons pas à craindre des crochets qui la remplacent les inconvénients que détermine avec elle l'élasticité du cartilage.

Une objection dont j'apprécie toute la gravité est celle-ci : Comment pourra-t-on agir sûrement, et surtout éviter l'hémorrhagie, lorsqu'on ira faire une incision d'une longueur minime, il est vrai, mais enfin très-appréciable, au milieu de parties turgescentes et gonflées de sang, comme le sont, dans le croup, les diverses couches anatomiques de la région sous-hyoïdienne? Ne semble-t-il pas plutôt que, hâtant prématurément l'ouverture de la trachée, le procédé qu'on propose favorise l'introduction du sang dans cet organe et facilite l'asphyxie déjà imminente? Comment, d'un autre côté, atteindre à travers la plaie un organe mobile, et qui, en fuyant, peut conduire l'instrument sur des artères d'un gros calibre? Comment le faire avec sûreté, rapidité et facilité? Et, après avoir réussi, comment introduire et fixer un dilatateur quelconque dans une plaie peu évasée, devenue profonde par le gonflement vasculaire de ses bords, et dont l'étroitesse même, rendant le parallélisme de ses deux orifices plus difficile à maintenir en face des brusques mouvements de la trachée, augmente encore l'instabilité des instruments qu'on y place pour la tenir ouverte, et doit faire de l'asphyxie mécanique un danger sans cesse renaissant?

On voit que je ne déguise point les obstacles, et je reconnais que ceux-ci méritent toute attention. Cependant ils ne resteront point sans réponse.

Nous avons déjà vu ce qu'il faut penser de l'hémorrhagie; elle est moins à redouter dans le procédé que je défends que dans tout autre. Et eût-elle lieu, il ne faudrait pas trop s'en alarmer; car si M. le professeur Trousseau a pu dire qu'il ne l'avait jamais vue suivie de la moindre gravité dans le procédé ordinaire, à plus forte raison est-il permis de l'avancer pour celui-ci, « pourvu toutefois, dit M. Trousseau, qu'on se serve immédiatement d'un dilatateur qui maintienne béantes les lèvres de la trachée, ou bien que, par un moyen quelconque, on parvienne à introduire tout de suite une large canule; car alors *ce moyen quelconque* demandé par M. Trousseau (et je crois l'avoir trouvé), tenant ouverte la plaie de la trachée-artère, l'air pénètre avec facilité, rejette puissamment le peu de sang qui s'est introduit, et le retour de la respiration normale faisant cesser l'hémorrhagie, l'introduction du sang n'a plus lieu; et si, par hasard, quelque peu de sang s'écoule en bavant dans les bronches, le malade s'en débarrasse ordinairement tout seul, ou quelques écouvillements de la trachée suffisent pour aider à cette expulsion pour peu qu'elle soit difficile (1). »

En second lieu, le point désigné pour la ponction sera plus facilement reconnu et atteint qu'on ne pense, à cause de ses délimitations précises, et, malgré sa mobilité, la trachée n'est pas plus fugitive devant la pointe d'une lance bien acérée qu'une veine devant celle d'une bonne lancette. Elle fuira même d'autant moins dans notre procédé, que là elle est plus superficielle, plus facile à fixer, et retenue le plus souvent, au moment de l'opération, par le spasme musculaire du cou tout entier. Et s'échappât-elle un peu à droite ou à gauche, les gros troncs artériels sont assez éloignés de sa face antérieure pour que la pointe de l'instrument ne puisse les atteindre. D'ailleurs, ce genre d'accident, possible peut-être avec le bistouri ou un trois-quarts, n'est plus à craindre avec le trachéotome dilatateur, dont la courbure en garantit tout à fait le malade et l'opérateur.

Quant à la difficulté d'arriver sur la trachée par une simple ponction, et à la gravité de cette tentative, vivement attaquée dans le siècle passé, je ne puis les accepter tout entières. La taille est-elle une opération moins grave ou moins ardue? La cataracte est-elle moins délicate? Certains cathétérismes offrent-ils beaucoup moins de difficultés? Et pourtant, on pénètre par ces opérations dans des organes plus profonds, plus irritables et aussi essentiels à la vie que la trachée. Dans une région aussi bien connue que la région sous-hyoïdienne, on ne saurait, à une époque où l'anatomie chirurgicale est tant en honneur, arguer d'erreur possible ou de tâtonnement pour rejeter un procédé d'opération fondé sur des données purement anatomiques.

En résumé donc, le procédé d'opération que je propose mérite de devenir la méthode générale de bronchotomie, puisqu'à l'avantage d'une exécution plus facile et d'une innocuité incontestable, elle joint celui de se prêter à presque toutes les indications de la trachéotomie ordinaire.

Mais, les objections levées, le procédé accepté, tout n'est pas fini. Il faut conduire à bien l'opération; il faut, après l'ouverture du canal respiratoire, maintenir la plaie béante, pour que l'air y pénètre librement et arrive ainsi jusqu'au poumon; il faut obvier aux accidents qui accompagnent ou suivent

(1) Rilliet et Barthez, Maladies des enfants, t. I, p. 374, note de M. Trousseau.

les manœuvres, et préparer enfin la guérison en substituant, par des caustiques appropriés, un nouveau mode de vitalité à l'altération spéciale des muqueuses.

Ici se rapporte donc ce que j'ai à dire : 1° de l'emploi des canules; 2° du collier dilatateur par lequel je veux qu'on les remplace.

1° Il est peu d'instruments en chirurgie qui, destinés à un même usage, aient changé autant de fois de forme et de dimensions que les canules propres à entretenir la liberté de la respiration après la trachéotomie ; et la multiplicité même des modifications qu'elles ont présentées dans leur perfectionnement, depuis Fabrice d'Aquapendente, leur inventeur, jusqu'à MM. Bretonneau et Trousseau, qui les ont tant améliorées, prouve seule, mieux que ne pourraient le faire tous les raisonnements, combien d'inconvénients elles renferment et combien il est difficile de satisfaire à toutes les conditions de leur emploi.

Ainsi, il faut qu'elles ne soient pas sujettes à s'échapper de la trachée ni à tomber dans son intérieur, et que la courbure qu'on leur donne soit combinée de manière à faire correspondre, centre pour centre, l'orifice inférieur de la canule avec le segment de la trachée auquel il aboutit, d'abord pour que celui-ci ne soit point blessé en avant ou en arrière par le contact des rebords de cet orifice, ensuite pour que le courant d'air respiratoire, plus plein et plus direct, entraîne avec plus de force, vers l'orifice supérieur, convenablement dirigé du tube métallique, les mucosités ou les fausses membranes, sans que celles-ci, lancées par l'expiration vers le larynx, soient exposées à s'y agglutiner ou à obstruer leur voie extérieure d'expulsion.

Mais c'est surtout sous le rapport de leur capacité et de leur longueur que les canules exigent le plus d'attention. L'inconvénient commun et le plus grave de toutes les canules anciennes est de ne présenter à la respiration qu'un canal étroit, très-insuffisant au volume d'air qui doit pénétrer dans la poitrine, et facilement obstrué par le desséchement des moindres mucosités qui s'arrêtent dans leur intérieur; elles n'offrent aussi en général qu'une longueur trop petite, pour que, soulevées par le gonflement des bords de la plaie, elles ne sortent point de la trachée.

On a cherché à remplir toutes ces conditions de l'utilité des canules, on a essayé de remédier à tous leurs défauts ; et cependant, malgré les perfectionnements successifs qui ont été introduits dans leur fabrication, malgré la rare précision avec laquelle M. Bretonneau, et M. le professeur Trousseau surtout, ont indiqué le calibre, la courbure, la longueur et toutes les dimensions des canules suivant les âges, bien des obstacles restent encore, bien des objections peuvent être faites à leur emploi.

Qu'on juge de l'irritation qu'un corps aussi volumineux qu'une canule doit produire dans un organe déjà malade, et qui, dans l'état normal, entre en convulsion au contact du moindre corps étranger.

Mais le contact de la canule sur la muqueuse laryngée, malgré les nécroses partielles des cartilages qu'il détermine presque constamment, suivant M. Trousseau, et malgré les accidents ultérieurs qui peuvent résulter de cette mortification, est ordinairement peu de chose en face des dangers immédiats qui ressortent de l'introduction difficile de l'instrument, de sa mobilité, de ses déplacements, qui ont plus d'une fois abrégé la vie, déjà si menacée, des malades. Et puis, il faut écouvillonner fréquemment la canule pour maintenir libre son canal, l'ôter même et le changer pour nettoyer la trachée, toutes circonstances qui, entre des mains malhabiles, peuvent devenir fatales à l'enfant.

2° Frappés des difficultés et des accidents extrêmes dont les canules peuvent être la cause, beaucoup de chirurgiens ont cherché à remplacer les canules par des dilatateurs constants de la trachée, qui rendissent l'entretien de l'ouverture artificielle de cet organe plus prompt, plus sûr, et les manœuvres du traitement consécutif plus simples et plus faciles.

M. Trousseau, le premier, rappelant l'idée des érignes conseillées par Solingen pour dilater la trachée, et que Frédéric Wend avait remplacées par des crochets arrondis, a proposé d'abord deux érignes mousses destinées à saisir les lèvres de la plaie et à les écarter en sens contraire; puis, à l'exemple de Ch. Bell, de Lawrence, des pincettes en fil d'archal et remplissant le même objet par leur élasticité.

M. Gendron, suivant la même voie d'amélioration, a inventé plusieurs dilatateurs de la trachée, qui ressemblent tous plus ou moins à des pinces à branches recourbées et dilatables, mais dont le meilleur a encore l'inconvénient grave de prendre, par ses tiges relevées, son point d'appui sur la glotte même, qui en est sans nécessité contondue dans ses divers ligaments.

Tous ces instruments sont aujourd'hui tombés dans l'oubli ; la difficulté de les maintenir en place, la liberté qu'ils laissent aux bords de la plaie de se gonfler et de rétrécir de plus en plus l'ouverture trachéale, les a fait justement abandonner.

J'ai imaginé à mon tour un dilatateur fixe, qui me paraît remplir quelques indications importantes, et remplacer les canules avec avantage; je l'appellerai, à cause de sa forme, *collier dilatateur*.

Ce collier se compose d'une paire de crampons d'argent de 8 millim. de hauteur, dont les tenettes à trois dents entrent dans la trachée pour l'ouvrir en tirant sur ses lèvres en sens opposé, et dont les manettes, percées d'une boutonnière, se fixent par l'intermédiaire d'une courroie aux extrémités d'un arc de métal flexible, qui embrasse le cou en arrière, et s'évase légèrement en avant pour lui laisser la liberté de se gonfler dans les moments de dyspnée et dans les accès de suffocation. Cet avantage de ne point comprimer le cou sans perdre de sa stabilité ne le rend pas le moins digne d'attention peut-être, parmi les modifications trachéotomiques, que je présente.

Voici maintenant quelques remarques qui expliquent le reste du mécanisme de l'instrument.

Pour que cette espèce de collier en demi-cercle pût servir à des enfants de différents âges, on l'a composé de deux lames semblables, dont les parties postérieures, cintrées, et glissant l'une sur l'autre au moyen de deux boutons à coulisse vissés sur elles, permettent au collier de s'adapter exactement à

toutes les dimensions du cou, tandis que les extrémités antérieures de ces lames, qui reçoivent dans une agrafe les lacs auxquels s'attachent les crochets, sont flexibles et se prêtent, sans perdre leur résistance, aux divers degrés d'écartement nécessaire à la tension des crochets.

Les crochets aussi sont formés de deux parties distinctes, l'une pleine, l'autre dentée : la première, qui tient au ruban, est destinée à contenir les bords de la plaie et à les empêcher de boucher, par leur gonflement inflammatoire, l'ouverture de la trachée ; la seconde présente trois dents aiguës assez longues, assez écartées, et qui doivent mordre sur la trachée en ne la comprimant que dans des points extrêmement restreints, car l'expérience apprend que toute pression exercée sur elle, dans une étendue même très-minime, ulcère bientôt la muqueuse et mortifie rapidement les cartilages. J'ai voulu éviter cet accident et le borner autant que possible, en ne blessant la trachée que pour la retenir, et par des pointes très-fines dont les plaies, comme dans l'acupuncture, sont tout à fait sans danger. Ensuite, pour prévenir l'échappement possible des crochets hors de la plaie trachéale, leurs deux bords sont armés d'un talon qui s'engage sous l'angle correspondant de l'incision de la trachée, et met obstacle à une sortie trop facile de l'instrument. Enfin, on a prévu le cas où les deux crochets, cédant au retrait de la trachée, par suite de l'extension inattendue du collier relâché, pourraient se rapprocher et fermer tout passage à l'air, et l'on y a obvié en les fixant par une petite plaque à deux branches recourbées dont les extrémités libres s'accrochent aux crampons, et forment ainsi à l'ouverture de la plaie un petit arc-boutant qui s'oppose à la jonction des grappins, sans gêner en rien les manœuvres du traitement consécutif.

Ainsi construit, ce dilatateur, qui agit sur la trachée comme avec deux petites mains introduites dans la plaie, est préférable aux canules : il ne peut s'obstruer ; il laisse la trachée complétement libre ; de sorte qu'on peut pratiquer les instillations, enlever le mucus et nettoyer les canaux aériens avec la plus grande facilité. Enfin, ce n'est pas là son moindre avantage, il permet que l'air aille solliciter le larynx, en détacher les mucosités, les fausses membranes, et y rétablir son passage ordinaire d'une manière insensible, sans laisser jamais à l'organe, comme dans le procédé ordinaire, un repos absolu toujours nuisible au retour des fonctions.

Cependant la mobilité de la trachée coïncidant avec une mobilité non moins grande de la peau à la région antérieure du cou, on peut craindre que le défaut de parallélisme qui en doit résulter pour les deux orifices interne et externe de la plaie ne fasse basculer les crochets au moment où ces deux ouvertures, trachéale et cutanée, viendront à s'entrecroiser, et ne provoque fréquemment leur déplacement, d'autant mieux que l'incision de la peau étant aussi étroite que celle de la trachée, celle-ci n'aura point là un champ d'exercice suffisant où elle puisse exécuter ses mouvements sans cesser de présenter son embouchure artificielle à l'air extérieur.

Cette crainte est fondée ; et cela est si vrai, que des canules trop courtes pour suffire à cette double mobilité en sens inverse de la peau et de la trachée ont pu être déplacées dans des accès de suffocation, et la mort en être la conséquence immédiate. Mais si cet accident n'est pas à redouter avec une canule d'une longueur et d'une forme convenables, il l'est moins encore avec le dilatateur à collier. Celui-ci, en effet, embrassant par ses crochets les deux lèvres interne et externe de la plaie, en maintient le parallélisme, que l'élasticité de la peau contribue encore à conserver, parce qu'elle se prête facilement aux mouvements les plus étendus de la trachée, pourvu qu'une force quelconque l'entraîne dans le même sens, comme le font les crochets dilatateurs. Ces crochets ne peuvent non plus se déplacer en haut ou en bas, le talon dont nous avons parlé les retenant dans les deux sens, et la fixité de l'arc qui les soutient se conciliant parfaitement avec un certain degré de mobilité verticale de sa part, ainsi que l'expérience l'a démontré.

(*La suite et fin à un prochain numéro.*)

---

15. *Nouvelles méthodes pour l'amputation des mâchoires.*

(Bulletin général de Thérapeutique, septembre 1844.)

L'amputation de la mâchoire supérieure ou de la mâchoire inférieure est aujourd'hui une opération vulgaire qui a acquis droit de domicile dans la pratique. Il ne reste plus qu'à en poser les indications et à trouver une méthode qui la rende accessible à tous les praticiens, qui permette de laisser sur le visage le moins de difformité possible. M. Velpeau croit être arrivé à ce résultat en ce qui concerne au moins les incisions à pratiquer sur les parties molles.

S'agit-il de la *mâchoire inférieure*, on fait une incision courbe à convexité inférieure et qui embrasse dans sa concavité, en la dépassant en avant et en arrière, toute la tumeur ou toute la portion d'os à enlever. Si c'est un des côtés de la mâchoire, par exemple, qu'il s'agisse d'amputer, l'incision doit s'étendre depuis le menton jusqu'au devant de l'oreille en suivant d'un bout à l'autre la région sus-hyoïdienne ; cette incision, qui peut commencer sur le visage dans la rainure sous-labiale, ne doit pas entamer la lèvre. On dissèque alors le lambeau de tissus, ainsi tracé, de bas en haut, de manière à découvrir toute une moitié de la mâchoire dans toute l'étendue des parties à enlever. On a de la sorte un large lambeau en forme de tablier, qu'on relève sur la pommette ou jusque sur le devant de l'orbite, si besoin est. Une scie à chaînons est ensuite passée sur la face interne de l'os maxillaire, soit près du menton, soit en arrière près de l'angle maxillaire ou du condyle. Il est bien entendu qu'on a frayé un passage à cet instrument en rasant la tête interne de l'os au moyen du bistouri sur les deux points où l'on veut que la scie porte. L'os étant scié sur ce point, on le scie de la même façon à l'extrémité opposée ; puis on le détache à grands coups de bistouri des parties molles qui entrent dans la composition soit du pharynx, soit du plancher de la bouche.

La tumeur une fois enlevée, on laisse retomber

le lambeau semi-lunaire préparé comme il vient d'être dit, et la plaie pourrait en quelque sorte être abandonnée aux ressources de la nature sans pansement. En effet, elle se réduit finalement en une incision unique, régulière, plus ou moins courbe. Du reste, M. Velpeau a l'habitude de la réunir au moyen de quelques points de suture entortillée, excepté dans son point le plus déclive qu'il maintient libre au moyen d'une tente de charpie, afin de livrer issue aux produits de la suppuration. Après la guérison, ce procédé opératoire a l'avantage de ne laisser aucune cicatrice sur le visage, puisque la plaie se trouve tout entière dans la région sus-hyoïdienne, entre le cou et la face ; si bien qu'on a besoin d'y regarder d'assez près pour l'apercevoir. On se figure à peine l'étendue de surface qu'il est possible de mettre à nu au moyen de ce genre d'incision. Pendant l'opération même, sent-on le besoin d'aller plus loin qu'on ne l'avait d'abord pensé? rien n'est plus facile : au lieu de faire de nouvelles incisions dans des directions différentes, comme cela se pratique dans les autres procédés, il suffit de prolonger la première soit en avant, quand c'est de ce côté qu'on veut agir, soit en arrière ou en haut, dans le cas opposé. Il n'est pas plus difficile par ce moyen d'amputer la branche et l'angle, ou même le condyle avec le corps de l'os maxillaire, que le menton ou une fraction de cet os. C'est un genre d'incision qui s'applique du reste à tous les cas que peut présenter la pratique. On ne doit en excepter que ceux où les parties molles extérieures sont tellement altérées qu'il n'y a pas moyen de songer à les conserver. Pour tous les autres, c'est un procédé si simple et qui produit des résultats si notablement favorables, qu'il paraît réellement devoir être substitué dorénavant à tous les autres.

Mâchoire supérieure. Pour la mâchoire supérieure, M. Velpeau emploie une incision qui se rapproche beaucoup de la précédente. Il suffit également à ce chirurgien d'une seule incision pour découvrir la mâchoire supérieure en totalité. Cette incision, il la fait partir de la commissure des lèvres correspondant à la région malade, et il la prolonge obliquement en haut, en dehors et en arrière, jusqu'à la région temporale, soit en ligne directe, soit en ligne courbe plus ou moins prononcée et à convexité inférieure. Il a soin de la placer de manière à ce que le canal de Sténon soit ménagé. Cette incision permet, en en saisissant la lèvre supérieure, de disséquer toute la joue et la lèvre de bas en haut, de renverser les parties sur le devant de l'orbite et jusque sur le front en entraînant le nez lui-même, si la maladie l'exige. Quand ce lambeau est ainsi disséqué et renversé, d'un trait de bistouri on détache la lèvre inférieure de la plaie de la mâchoire malade; après quoi viennent les autres temps de l'opération, c'est-à-dire ceux qui consistent à détacher l'os ou la tumeur.

L'opération étant terminée, le lambeau, qui peut comprendre presque la moitié de la figure et qu'on a relevé sur le front, retombe en quelque sorte de lui-même pour se réunir à l'autre lèvre de la plaie dont on l'a séparé. La suture entortillée permet de la réunir facilement, et on n'a de la sorte qu'une simple plaie qui laisse à sa suite une cicatrice linéaire et la bouche entière. Au moyen de ce genre de lambeau, on peut découvrir sans difficulté la mâchoire entière, la pommette, l'apophyse orbitaire externe du temporal, la cloison des fosses nasales, l'apophyse montante de l'os maxillaire, la partie antérieure de l'orbite, la moitié externe de cette cavité. Pour le reste de l'opération, on manœuvre sans être gêné en quoi que ce soit par le lambeau de la plaie, et un seul aide, on le devine, peut parfaitement le tenir écarté.

M. Velpeau, qui emploie ce procédé depuis 1829, l'a maintenant appliqué plus de vingt fois, et dans le courant de la présente année seule six fois. — Chez une femme, il a fallu enlever non-seulement toute la mâchoire, toute la pommette, non-seulement tout le plancher de l'orbite, mais encore l'apophyse orbitaire externe du temporal, une portion de la fosse ptérigoïde; si bien qu'une partie de la base du cerveau s'est trouvée à nu à la partie supérieure et postérieure de la plaie; tout cela sans le moindre embarras, eu égard au lambeau de parties molles. Quelles qu'aient été l'étendue, les complications de la maladie, ce genre d'incision a toujours suffi, et il a été évident pour les personnes qui suivent la clinique de la Charité, que ce genre d'incision répondait à tous les besoins de la pratique en pareil cas.

Ce n'est pas, bien entendu, que cela mette plus que les autres procédés à l'abri des récidives du cancer; que les malades ainsi opérés soient plus préservés des suites ordinaires de l'opération; M. Velpeau prétend seulement que, pour l'incision et la dissection des parties molles, c'est-à-dire pour le premier temps de l'opération, c'est un procédé qui doit être substitué aux autres et qui mérite généralement de leur être préféré. Déjà, pour la mâchoire inférieure, il a aussi un grand nombre de faits. Dans une seule année, on en a vu à la Charité cinq; et il est vraiment remarquable que dès le quatrième ou le cinquième jour de l'opération il n'y ait plus dans le visage des malades ainsi opérés, de plaie, d'altération qui puisse faire apercevoir à première vue qu'on les a soumis à une aussi grave opération.

Ainsi, pour la mâchoire inférieure, une simple incision courbe longeant la courbure de l'os à enlever; pour la mâchoire supérieure, une seule incision également, s'étendant de la bouche à la fosse temporale. Dans le premier cas, laisser l'ouverture buccale intacte; dans le second, la fendre près de l'une de ses commissures seulement. Tels sont les quelques mots par lesquels on peut résumer ce que M. Velpeau établit de particulier relativement à l'amputation de l'une ou de l'autre mâchoire.

---

16. *Sur l'amputation du coude-pied, ou dans l'articulation tibio tarsienne;* par James Syme, professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Edimbourg (1).

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, septemb. 1844.)

C'est une assertion qui pourra sembler surpre-

(1) London and Edinb. monthly Journ. of med. Science. August. 1844.

nante, mais qui n'en est pas moins fondée en réalité, que l'amputation au coude-pied, sauf peut-être quelques exceptions, peut et doit remplacer et faire rejeter l'amputation de la jambe au-dessous du genou. Afin de bien établir cette thèse, il est nécessaire de montrer, d'abord, que le moignon qui résulte de la nouvelle opération est propre à remplir tout ce qu'on a droit de lui demander; en second lieu, que, dans les diverses circonstances qui exigent l'ablation du membre, l'amputation du coude-pied offre au patient une ressource aussi efficace que celle de la jambe.

L'idée d'amputer dans l'articulation tibio-tarsienne n'est pas nouvelle; l'opération avait été faite par divers chirurgiens sur le continent avant que je m'en occupasse; et probablement elle serait aujourd'hui généralement adoptée, sans ce doute toujours conservé si les extrémités des os seraient suffisamment recouvertes pour fournir au membre un utile et sûr point d'appui. Pour mon compte, quand je lisais ces procédés où il faut disséquer des lambeaux de peau sur le dos ou les côtés du pied, j'étais si peu rassuré touchant la protection que de pareils lambeaux pouvait offrir contre les fâcheux effets de la pression sur une partie qui s'y trouve tant exposée, que je ne me sentais nul désir d'en faire l'expérience. Cependant l'idée me vint qu'en pratiquant l'opération d'une autre manière on pourrait échapper à toute objection de ce côté. Il s'agissait de ménager un lambeau à la plante du pied, constitué par les téguments épais du talon, en faisant une incision transversale et séparant ces parties du calcanéum de manière que les tissus solides disposés par la nature pour supporter le poids du corps fussent toujours employés pour le même usage. Deux premières tentatives ayant donné des résultats satisfaisants, j'en fis part au public médical, et j'ai vu avec plaisir que non-seulement mes collègues à l'hôpital, mais que des praticiens dans d'autres endroits ont déjà suivi mon exemple. L'expérience ultérieure que m'a donnée ma propre pratique m'a fourni les moyens d'indiquer quelques perfectionnements dans le procédé opératoire, de signaler une faute importante à éviter, et de confirmer cette espérance que j'exprimais tout à l'heure de bannir presque absolument de la chirurgie l'amputation de la jambe.

Le meilleur instrument pour pratiquer l'opération est un grand bistouri, ou un petit couteau à amputation d'une longueur de lame de quatre pouces environ. On n'a pas besoin de tourniquet, et l'aide a plein pouvoir sur les vaisseaux en empoignant le coude-pied. Dans mes premières opérations, je donnais au lambeau une longueur qui n'était pas nécessaire; et l'on peut en toute sécurité suivre pour sa délimitation les règles suivantes. On fera deux incisions en travers du dos et de la plante du pied, courbes et regardant en avant par leur convexité, du reste exactement opposées l'une à l'autre. Une ligne tirée autour du pied, au milieu de l'espace compris entre la tête du cinquième métatarsien et la malléole externe, leur servira de limite en avant; et elles se rencontreront de chaque côté un peu plus en arrière, vis à vis les saillies des deux malléoles. Il faut prendre garde de ne pas couper l'artère tibiale postérieure avant sa division en branches plantaires; dans deux cas où cela m'est arrivé, il y a eu une gangrène partielle du lambeau. Si l'articulation tibio-tarsienne est saine, on résèque les deux malléoles à l'aide de tenailles incisives; si les surfaces articulaires du tibia et du péroné sont altérées, il faudra emporter avec la scie une mince tranche de ces os. Les bords de la plaie seront réunis par suture et recouverts d'un appareil léger. Quand la cure est complète, le moignon présente une forme conique, ayant son sommet ou le point central de la pression constitué par la peau épaisse qui recouvrait le talon (1).

Quand on considère les circonstances dans lesquelles cette opération peut être pratiquée, il est digne de remarque que, jusqu'à une époque toute récente, on recourait généralement dans notre pays à l'amputation de la jambe lorsque la carie s'étendait au delà du métatarse. Fréquemment l'amputation de Chopart aurait satisfait à toutes les indications; mais un malheureux préjugé s'opposait à son adoption : on craignait que les extenseurs du talon, délivrés de leurs antagonistes, n'inclinassent le moignon en bas et ne le rendissent impropre à supporter le poids du corps. En 1829, d'après des raisons qui ont été exposées ailleurs (2), bien que personne ne l'eût encore tentée à Edimbourg, je m'aventurai à pratiquer cette amputation partielle du pied dans un cas où l'on avait proposé de couper la jambe; et j'obtins un succès complet, sans la moindre apparence de l'inconvénient que faisait redouter la théorie. Encouragé par ce résultat, j'adoptai franchement cette opération; et en peu de temps je la fis six fois avec des résultats tout à fait satisfaisants. Depuis lors, elle s'est trouvée établie parmi nous, et on la pratique régulièrement dans les cas où elle est indiquée.

Mais quoique l'amputation de Chopart ait beaucoup restreint les cas d'amputation de la jambe, il y a toujours deux cas dans lesquels la carie se rencontre fréquemment, et où elle échappe à toute ablation partielle du pied. C'est quand elle affecte l'articulation de l'astragale avec le calcanéum, et la jointure tibio-tarsienne elle-même. Dans le premier cas, l'os malade est si près du côté externe du talon, qu'il semble tout naturel de l'attaquer avec la gouge ou d'autres moyens d'extirpation; et de nombreuses tentatives ont été faites dans ce sens, mais rarement et peut-être jamais avec succès, attendu l'extension de la carie aux surfaces articulaires compliquées des deux os. J'ai réussi dans un cas de ce genre, en faisant une large brèche au pied, allant d'un côté à l'autre, et y passant un épais seton chargé de précipité rouge et d'autres escarrotiques; mais on ne saurait même compter sur ce traitement; et son peu de succès, dans un cas où j'y avais fondé quelque espérance, me porta à rechercher une méthode

(1) Une figure jointe au mémoire original représente le moignon comme il est ici décrit, un peu renflé en avant, en arrière et sur les côtés, et de là s'amincissant en cône tronqué, à angles adoucis. La cicatrice est linéaire, transversale, un peu au-dessus de la base du cône, et regardant directement en avant.

(2) Edinb. Med. and Surg. Journal, oct. 1829.

d'amputation au coude-pied qui convînt dans de semblables circonstances et qui laissât au patient un moignon confortable. Dans le fait de John Wood, publié précédemment, l'affection siégeait ainsi entre l'astragale et le calcanéum. Peu de temps après le succès obtenu chez lui, je rencontrai un autre cas, rapporté aussi dans le même mémoire, où l'articulation tibio-tarsienne elle-même était affectée, et je n'hésitai pas à répéter l'opération. Le gentleman sur qui elle fut pratiquée, bien que tenu longtemps par d'autres causes dans un état de santé fort douteux, marche maintenant avec aisance et commodité.

Les luxations compliquées de l'articulation tibio-tarsienne, avec ou sans ce curieux déplacement de l'astragale qui résulte d'une chute violente sur le talon, étaient d'abord regardées comme exigeant l'amputation de la jambe. Sir A. Cooper, par l'autorité de son expérience, a encouragé à essayer alors de sauver le membre ; et dans la pratique privée, les deux variétés de cette lésion sont maintenant fréquemment amenées à une terminaison heureuse, bien qu'à travers un traitement très-prolongé. Mais il faut reconnaître qu'on a perdu nombre de sujets, particulièrement dans les hôpitaux, en voulant ainsi sauver le membre. A l'Infirmerie royale, je trouve que sur quinze blessés affectés de luxation compliquée de cette articulation, et qui n'ont point été soumis à l'amputation, deux seulement ont guéri ; et, même dans le cas de guérison, le pied reste généralement dans un tel état de raideur, de faiblesse et de sensibilité aux impressions du dehors, qu'il est plutôt un embarras qu'un appui pour le patient. Maintenant, tout ce danger, ces lenteurs du traitement, cette infirmité permanente, peuvent être évités par l'amputation immédiate du pied. Tant qu'on était réduit à cette alternative de chercher à sauver le membre ou d'amputer la jambe, il y avait de fortes raisons contre l'opération. Mais si le salut du blessé et la rapidité de la guérison peuvent être assurés par la simple ablation de cette partie du membre qui, autrement et dans les cas les plus heureux, sera à peine de quelque valeur, soit pour l'usage, soit pour l'ornement ; si en même temps on procure un moignon de tout point préférable à un pied déformé, raide, irritable, je pense qu'on n'hésitera guère à recourir, en pareilles circonstances, à l'amputation du coude-pied. J'aurais certainement amputé dans le cas suivant, si je n'eusse été à la campagne le jour de l'entrée du sujet.

Obs. I. — John Cameron, âgé de 54 ans, entré le 11 novembre, était tombé, le matin même de ce jour, d'une hauteur de 20 pieds environ au fond d'un gazomètre. Il avait sur le coude-pied droit une large déchirure, à travers laquelle s'offrait au dehors la surface articulaire de l'astragale. On fit la réduction sans difficulté, et on mit les bords de la plaie en contact. Il alla bien pendant quelques jours ; mais ensuite il fut pris de fièvre et se plaignit de douleur dans le membre qui s'était beaucoup tuméfié. On fit des incisions pour évacuer la matière et apaiser la douleur. Les choses allèrent assez bien encore jusqu'au 25, où il eut un frisson suivi d'un redoublement de fièvre. Le 31, nouveau frisson ; le pouls, jusque-là resté entre 90 et 100 pulsations, monta à 120. Le 2 décembre, comme ressource désespérée, je fis l'amputation du coude-pied. Comme la malléole interne était fracturée, et les surfaces articulaires dépouillées de leurs cartilages, j'enlevai avec la scie une tranche des deux os.

Après cette opération, le patient alla mieux de jour en jour, et quoique la guérison fût retardée par l'état de la jambe, qui avait été à plusieurs reprises le siége d'une suppuration diffuse, le moignon était complétement cicatrisé le 15 janvier. Tous ceux qui ont vu ce malade étaient convaincus que l'amputation de la jambe, si on l'avait faite au lieu de celle du pied, aurait été mortelle.

Quand la partie antérieure du pied est détruite par une violence extérieure ou la congélation, ce qui reste des parties molles peut être employé de diverses façons pour recouvrir les os. C'était pour les cas de ce genre que Chopart avait imaginé son opération, qui, vu la proximité du coude-pied, avait été jusqu'ici considérée comme l'extrême ressource avant l'amputation de la jambe. C'est à celle-ci qu'il eût fallu nécessairement recourir dans le cas suivant, en s'astreignant aux règles de la pratique ordinaire.

Obs. II. — James Sutherland, âgé de 25 ans, fut admis le 25 septembre. Il raconta que, quatre mois auparavant, par suite d'exposition au froid, son pied était tombé en mortification, et s'était séparé presque en totalité ; de telle sorte qu'il n'en restait plus que l'astragale et le calcanéum, avec les téguments qui les recouvraient. Les surfaces articulaires antérieures des deux os étaient tout à fait dénudées, et il était évident que ni par l'effet du temps, ni par le traitement le plus attentif, on ne pouvait espérer la formation d'une cicatrice sur ces surfaces. Mais comme les parties molles, bien que ne suffisant que tout juste pour l'amputation du coude-pied, paraissaient pouvoir s'y prêter, je résolus de tenter cette chance de salut pour le malade.

Je fis l'opération le 3 octobre, sans rien retrancher de la peau que ce qu'il fallait pour donner aux lambeaux une forme convenable. La plaie guérit par première intention, et avant la fin de la quatrième semaine le blessé pouvait se promener dans les salles avec un soulier ordinaire (*a common shoe*), si bien que le défaut du membre s'apercevait à peine.

En décrivant l'opération, j'ai dit qu'il fallait éviter avec soin de couper l'artère tibiale postérieure avant sa division en branches plantaires ; je vais maintenant exposer plus en détails les faits qui m'ont conduit à cette règle.

Obs. III. — Elizabeth Wilson, âgée de 7 ans, fut admise le 19 février pour une maladie du coude-pied gauche. Il y avait seize mois que, sans cause connue, le coude-pied était devenu gonflé et douloureux. Du pus s'y était rapidement formé, et s'était ouvert plusieurs issues, qui ne s'étaient jamais refermées. Le pied était fort tuméfié, raide, informe ; et deux trajets fistuleux conduisaient la sonde jusque sur un os carié.

Le 21, je procédai à l'amputation du coude-pied ; mais trouvant les surfaces articulaires réunies par ankylose, je mis à nu les extrémités du tibia et du péroné, et les sciai en travers, sans avoir préalablement enlevé le pied comme de coutume. En liant

les vaisseaux, il parut que l'artère tibiale postérieure avait été coupée avant sa division en branches plantaires, de sorte qu'une ligature suffit au lieu de deux. Le moignon avait le meilleur aspect et permettait d'espérer le résultat le plus favorable. Ce fut donc avec beaucoup de surprise et un cruel désappointement que, quelques jours après, je trouvai le lambeau gangrené dans une bonne moitié de son étendue. La guérison fut en conséquence retardée fort au delà du temps ordinaire, et la malade ne quitta l'hôpital que le 31 mars. Le moignon se cicatrisa à la longue par la contraction des téguments, sans laisser à nu aucune partie des os, mais sans être aussi plein et aussi bien garni que de coutume.

J'attribuai la gangrène, dans ce cas, à une trop forte pression du bandage; et ayant eu peu après à répéter l'opération sur un malade à Minto-House, je divisai à dessein l'artère tibiale postérieure avant sa bifurcation, afin d'avoir la même facilité pour lier le vaisseau que dans le cas précédent. A ma grande surprise et à mon grand chagrin, le lambeau se gangrena dans la même étendue que chez l'autre opérée; et comme on avait apporté la plus grande attention au pansement du moignon, je ne pus attribuer ce résultat à la cause que j'avais d'abord supposée. Mais comme, dans les deux cas, l'artère avait été coupée avant sa bifurcation, tandis que chez tous mes autres opérés elle avait été laissée entière, et qu'ainsi le lambeau, privé de presque toutes ses sources ordinaires de nutrition, ne recevait plus de sang que par les anastomoses successives des petits vaisseaux, je conclus que l'accident en question venait de ce que je m'étais écarté de ma pratique accoutumée, et je me résolus bien de ne pas m'y exposer à l'avenir.

Obs. IV. — Robert Craig, âgé de 10 ans, recommandé par M. Turnbull, fut admis le 3 juin pour une maladie du pied droit. Trois mois auparavant, à la suite de frissons violents, l'inflammation s'en était emparée et avait été rapidement suivie de suppuration. Il s'était fait une succession d'abcès qui avaient donné naissance à un grand nombre de fistules ouvertes sur le dos et les côtés du pied, et par lesquelles la sonde arrivait sur la carie. La santé générale depuis quelque temps s'était beaucoup détériorée.

J'amputai le pied le 5 juin, en évitant avec soin de toucher à l'artère tibiale postérieure. La plaie guérit presque entièrement par première intention, et l'enfant est aujourd'hui presque entièrement rétabli.

Il est donc dès à présent démontré que l'amputation du coude-pied peut être faite de façon à offrir un moignon de tout point convenable et confortable, en conservant le libre usage du genou et permettant au sujet de marcher avec une entière liberté. On a vu aussi qu'au moyen de cette opération, la carie de la rangée supérieure des os du tarse, celle des articulations astragalo-calcanéennes, et celle même de l'articulation du coude-pied, peuvent être enlevées, et qu'elle peut également servir de remède aux luxations compliquées du coude-pied et à la destruction du pied portée à un degré qui rendrait l'amputation de Chopart impraticable. Quelles autres indications reste-t-il donc pour l'amputation de la jambe? Les tumeurs malignes du tibia et du péroné réclament l'amputation de la cuisse; et les fractures compliquées de la jambe, assez graves pour nécessiter l'ablation du membre, admettent à peine l'amputation au-dessous du genou, les parties molles à une distance si rapprochée du siége de la lésion n'étant pas propres à une action réparatrice. En conséquence, les cas d'amputation de la jambe, s'il en est, seront au moins très-rares. Dans ma propre pratique, depuis que j'ai adopté l'amputation du coude-pied, je n'ai coupé qu'une jambe au-dessous du genou, et dans des circonstances toutes spéciales, qui ne permettaient pas d'adopter d'autre mesure.

En terminant, il faut remarquer que les avantages de l'amputation au coude-pied, quand on la compare à l'amputation de la jambe, ne sont pas limités à une mutilation moindre et à une plus grande utilité du membre, mais que l'opération s'accompagne aussi de beaucoup moins de danger. Cela sera évident si l'on considère : 1° combien est moindre l'ébranlement général, vu le peu d'étendue des parties enlevées, qui n'est pas de beaucoup plus grande que dans l'amputation de Chopart; 2° le petit calibre des artères divisées, qui prévient tout risque d'hémorrhagie; 3° la nature du tissu osseux mis à nu, qui est spongieux, et non sujet à s'exfolier; 4° enfin, l'intégrité conservée du canal médullaire, ce qui nous rassure contre l'inflammation des tissus qu'il contient, et aussi des veines.

A l'appui de ces données si favorables, touchant le moindre danger de notre opération, je peux ajouter les résultats de l'expérience : en effet, sur quatorze sujets chez lesquels elle a été pratiquée, huit dans ma propre pratique, six par les mains d'autres chirurgiens, il n'y a pas eu un seul cas de mort.

—

Nous ajouterons quelques mots au travail intéressant de M. Syme.

Dans la première édition de notre *Manuel de Médecine opératoire*, publié en 1835, à l'occasion de la désarticulation tibio-tarsienne, après avoir rappelé le procédé à deux lambeaux latéraux de M. Velpeau, nous ajoutions ces paroles (page 352) :

« Ce procédé, un peu obscurément décrit, ne nous satisfait pas plus que le procédé circulaire conseillé par Sabatier. Le moignon devant reposer sur un pied artificiel, il importe que la cicatrice ne soit pas au centre. Nous ferions donc un très-court lambeau en avant, par une incision demi-circulaire aboutissant au bord postérieur de chaque malléole. Puis l'articulation serait attaquée par le côté interne, dont la malléole descend moins de quatre lignes que l'autre, et, la désarticulation achevée, on taillerait le lambeau aux dépens de la peau du talon, plus propre que toute autre, après la guérison, à soutenir le poids du corps. Et si les malléoles faisaient trop obstacle à la réunion, nous ne verrions aucun inconvénient à les retrancher, et à obtenir ainsi le moignon le mieux conformé et le mieux revêtu de tous ceux qui résultent d'amputations faites à la jambe et à la cuisse. »

Mais, plus tard, la difficulté de détacher le lambeau de la face postérieure du calcanéum, la minceur

de ce lambeau à sa base, ou plutôt à son pédicule au niveau de l'article, cette considération que la peau du talon ne s'ajusterait pas en réalité au-dessous des os, mais plus en avant, et enfin la difficulté de procurer au malade une bottine convenable, toutes ces raisons nous avaient conduit à rejeter et notre procédé et l'opération même. Déjà M. Baudens avait rappelé de cette décision quant à l'opération, en imaginant un nouveau procédé qui consiste à découper un lambeau unique sur la peau du dos du pied. Voici maintenant M. Syme qui a ressuscité notre procédé même, et qui en a obtenu des résultats de nature à exciter une sérieuse attention.

Nous croyons, en effet, qu'on a trop légèrement jugé ces questions d'amputation de la jambe, pratiquées pour des lésions fort souvent limitées au pied. L'amputation de Chopart, puis celle de M. Lisfranc nous ont déjà donné de précieuses ressources, bien que celle de Chopart ne soit pas sans de très-graves inconvénients qui ont été déjà démontrés. Mais il devient plus évident de jour en jour qu'il ne faut pas s'arrêter là ; qu'entre les deux grandes articulations du tarse, il y a des os qu'on peut encore ménager; et c'est pourquoi nous avons reproduit le procédé de M. Jobert. Bien plus, entre l'articulation de Chopart et l'articulation tibio-tarsienne, il y en a une encore où le couteau pourrait être porté avec quelque bénéfice.

Lorsque nous prîmes, il y a près d'un an, le service de Saint-Antoine, nous trouvâmes dans les salles un homme affecté d'une carie du calcanéum qu'on avait cherché à détruire avec la gouge et le maillet ; mais l'affection avait poursuivi son cours, et, à quelque temps de là, un abcès ouvert au milieu de la plante du pied nous montra que l'os était pris à sa face inférieure, de telle sorte que l'amputation seule pouvait en délivrer le malade. L'astragale était sain ; et après avoir médité sur ce cas, nous nous étions résolu à enlever le pied par la désarticulation calcanéo-astragalienne : l'opération avait été répétée sur le cadavre ; mais le malade ne voulut pas s'y soumettre. Dans ce cas, nous aurions pris le lambeau sur le dos du pied, à l'imitation de M. Baudens; aujourd'hui, rassuré par les succès de M. Syme, nous préférerions revenir à notre idée exprimée en 1834. Peut-être même, si la carie occupait l'articulation calcanéo-astragalienne, pourrait-on encore scier une tranche de l'astragale afin de conserver un moignon plus large et mieux garni tout ensemble.

La première opération de M. Syme remonte à 1842 ; il l'a publiée en février 1843 dans le même journal auquel nous avons emprunté son second mémoire. Afin de mettre nos lecteurs à même de juger en parfaite connaissance de cause, nous reproduirons cette première observation.

Obs.— « John Wood, âgé de 16 ans, de Dunbar, fut envoyé à l'hôpital par M. Aitchison, le 8 septembre 1842, pour une affection du pied avec inflammation et suppuration, conséquence d'une entorse arrivée un an auparavant. A son entrée, le coude-pied était fort tuméfié et présentait deux ouvertures fistuleuses par lesquelles un stylet arrivait sur les os du tarse, principalement sur l'astragale et le calcanéum ; le malade était très-maigre, épuisé, et l'amputation de Chopart n'ayant plus prise sur les os malades, l'amputation de la jambe paraissait être la seule ressource. Toutefois, les malléoles étant saines, on pouvait tenter l'amputation au coude-pied ; et ce fut le parti auquel je m'arrêtai. Je procédai de la manière suivante :

« Je coupai en travers les téguments du pied, en décrivant une courbe dont la convexité regardait du côté des orteils ; je fis ensuite en travers de la plante du pied une incision semblable, qui se trouvait ainsi opposée à la première. Les lambeaux furent alors séparés par la dissection des parties auxquelles ils adhéraient ; ce qui fut fait sans peine, excepté au talon, où la densité des tissus occasionna une petite difficulté. La désarticulation fut opérée ensuite sans obstacle, et les malléoles furent réséquées avec des tenailles incisives.

« Il n'y eut ni réaction générale ni aucun symptôme alarmant ; mais le malade se rétablit lentement, comme on pouvait s'y attendre d'après la faiblesse générale et le mauvais état des parties molles comprises dans le moignon. *Une petite escarre se sépara du lambeau inférieur*, et je fus obligé, dans le cours du traitement, de faire à travers l'un et l'autre lambeau une contre-ouverture pour donner un libre écoulement au pus. Il fut renvoyé le 2 décembre ; et j'ai su de M. Aitchison qu'il allait tout à fait bien. Les plaies sont solidement cicatrisées ; le moignon peut supporter un certain degré de pression, en raison de sa forme arrondie, qui se prête parfaitement à l'application d'une bottine ou d'un pied artificiel ; et il est fortement protégé contre toute injure extérieure par l'épaisseur de ses téguments. »

---

17. *Des abcès phlegmoneux intra-pelviens ;* par M. Marchal (de Calvi).

(Annal. de la Chirur. française et étrang., juillet 1844.)

Limitation et division du sujet.

Notre question est renfermée dans le bassin. Mais il y a deux bassins : le bassin séreux et le bassin osseux ; en d'autres termes, la cavité du bassin et le bassin lui-même. Parlerons-nous seulement des abcès de la cavité du bassin ? Traiterons-nous des abcès du bassin, c'est-à-dire de tous ceux qui peuvent se former dans l'aire circonscrite par les os coxaux, le sacrum et le coccyx ? Dans le premier cas, notre sujet se réduirait à la péritonite partielle; dans le second, il comprendrait nécessairement les abcès du périnée. Il faut prendre un moyen terme. Sur les côtes, en avant et en arrière, nous irons jusqu'aux os ; inférieurement, nous nous arrêterons au plancher du bassin : nous ne parlerons qu'accidentellement des abcès du périnée.

Voilà notre sujet limité ; voici comment nous l'avons divisé :

ABCÈS PHLEGMONEUX INTRA-PELVIENS.

Abcès phlegmoneux intra-pelviens chez la femme.

I. DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL. { A. Dans les parties molles. B. Se rattachant à une lésion des parties dures.

II. HORS DE L'ÉTAT PUERPÉRAL. { A. Se rattachant à une déviation du produit de la conception. B. A un trouble de la menstruation. C. A une maladie des organes génitaux.

Abcès phlegmoneux intra-pelviens chez l'homme.

A. Se rattachant à une maladie de la prostate.
B. A une maladie du cordon testiculaire.
C. A une maladie des vésicules séminales.

Abcès phlegmoneux intra-pelviens chez l'homme et chez la femme.

A. Se rattachant à une maladie de l'intestin.
B. A la cystite ou à un corps étranger en voie d'élimination.
C. A la péritonite.
D. A la phlébite.
E. A une maladie des ganglions lymphatiques.
F. A une maladie des muscles ou de leurs dépendances.
G. A une maladie des os ou des articulations.
H. A une inflammation idiopathique du tissu cellulaire.
I. Aux lésions accidentelles ou chirurgicales.

Notre division exclut : les abcès ossifluants, bien qu'ils s'accompagnent presque inévitablement de l'inflammation à un certain degré du tissu cellulaire sillonné par le pus (1) ; les abcès du rein qui coulent dans le bassin, et dont un exemple remarquable fut consigné dans le *Journal de Médecine* de 1783, par Trabuc (on ouvrit l'abcès, qui ne présentait aucun signe duquel on pût inférer son origine ; la suppuration épuisa le malade ; le rein était en suppuration et contenait seize graviers) ; enfin, les vomiques, que l'on a vues se faire jour dans la fosse iliaque et s'ouvrir à l'aine. M. Nathalis Guillot nous a fait part d'un cas semblable qu'il a dans ses cartons.

ABCÈS PHLEGMONEUX INTRA-PELVIENS CHEZ LA FEMME.

Abcès phlegmoneux intra-pelviens, suite de couches.

Les abcès puerpéraux du bas-ventre sont les plus importants parmi les abcès dont nous allons faire l'histoire. Nous devons les étudier séparément dans les parties molles et dans les parties dures.

A. ABCÈS PHLEGMONEUX INTRA-PELVIENS, SUITE DE COUCHES, DANS LES PARTIES MOLLES.

CHAPITTE 1er. *Considérations historiques.*

L'*historique* des abcès intra-pelviens, suite de couches, n'a été tracé nulle part d'une manière satisfaisante. Assurément, dans les conditions de temps où nous nous trouvons, nous n'espérons pas être complet. Peut-on l'être jamais d'ailleurs, et l'esprit humain ne s'ignore-t-il pas d'un siècle à l'autre? Du moins, nous essaierons de faire plus que l'on n'a fait jusqu'à présent.

L'*historique* des abcès puerpéraux du bassin se divise en trois périodes :

Dans la première on voit ces abcès, on les connaît extérieurement pour ainsi dire, on les traite ; mais leur siége précis n'est pas connu. Il était impossible que les anciens, avec leur peu de notions anatomiques, pussent arriver, sous ce rapport, à une spécification rigoureuse. La question s'éclaircit avec Mauriceau et de La Motte, qui forment une transition entre la première et la seconde période.

Dans celle-ci, le siége anatomique précis est connu : premier caractère ; second caractère : on est sous l'influence de la doctrine des métastases laiteuses.

Dans la troisième, on ne croit plus à la métastase.

Dans la première, c'est le siége apparent des abcès qui leur donne leur nom : ce sont des *abcès de la matrice*. Dans la seconde, c'est la physiologie pathologique qui les dénomme : ce sont des *dépôts laiteux*. Dans la troisième, ils portent un nom anatomique : on les appelle des *abcès intra-pelviens*. On peut voir dès à présent, et par ces seuls mots, la marche des idées dans cette question. Il se produit une quatrième période, que nous préciserons en traitant de l'*étiologie*.

I. Les deux traités hippocratiques : *de la Nature de la femme ; des Maladies des femmes*, sont extrêmement diffus. On y voit cependant divers passages qui se rapportent plus ou moins clairement à notre sujet. Dans le premier de ces traités, il est question plusieurs fois de la métrite, suite de couches. Dans le second, se trouve un passage très-remarquable que nous rappellerons dans la partie où nous traiterons des abcès intra-pelviens se rattachant à un trouble de la menstruation.

L'auteur hippocratique mentionne des *tumeurs* qui viennent *dans les couches ou à la suite des couches*. Il parle avec insistance de la suppression ou de la diminution des lochies, et l'on voit, à différents signes, bien relevés, mais non coordonnés, qu'il a observé la métro-péritonite. Il cite les maux de cœur, la fièvre aiguë, la tension du ventre et la douleur vive que la malade y ressent. Dans un endroit, il dit : « quand la fièvre diminue, l'accouchée a des frissons ; » ce qui fait penser à la formation de quelque suppuration dans les cas auxquels cette remarque se réfère.

Rien dans Celse. Galien parle des abcès de la matrice, et nul doute que nos abcès intra-pelviens n'y soient compris ou plutôt confondus.

Jacques Guillemeau (1) a écrit un chapitre sur l'*inflammation et ardeur de la matrice*, qui commence ainsi : « Il advient quelquefois, par un mauvais accouchement, que la matrice s'enflamme et s'orgueillit (comme disent les femmes) ; ce qui se fait, ou en toute sa substance, ou en son corps, ou en son col, *ou en quelque partie*. Telle inflammation,

(1) Nous avons dans notre tableau deux catégories d'abcès liés à des maladies des os ou des articulations. Mais dans les cas de ces deux catégories, les abcès sont circonvoisins (nomenclature de M. Gerdy), c'est-à-dire développés dans le tissu cellulaire ambiant par suite de l'inflammation de ce tissu, consécutive à la lésion osseuse ou articulaire, et non pas ossifluants, c'est-à-dire formés par le pus venu de l'os.

(1) De la Grossesse et de l'Accouchement des femmes, etc. Paris, 1643, p. 482 (la première édition fut publiée en 1609, sous ce titre : l'heureux Accouchement).

en quelque endroit de la matrice qu'elle soit, est sans matière (*phlogosis*), ou avec matière. » Voilà donc une inflammation de la matrice avec matière, suite d'un mauvais accouchement. C'est bien là notre sujet, d'autant plus que cette inflammation est dans la matrice, *ou en quelque partie*, c'est-à-dire, vraisemblablement, *ou dans le voisinage de la matrice*. Il nous semble opportun, et, dans tous les cas, il est intéressant de faire connaître les signes attribués à cette inflammation par cet auteur : « Si l'inflammation est universelle, comme il arrive le plus souvent (combien que l'une des parties puisse être plus enflammée que l'autre pour avoir été plus offensée), lors la malade sent et se plaint d'une chaleur et ardeur universellement ; si c'est en une partie, comme en la supérieure et fond d'icelle, la chaleur se sent plus vers le nombril ; si c'est à côté, l'un des flancs est plus chaleureux ; si c'est vers la partie antérieure, il y a souvent suppression d'urine; et si c'est en la postérieure, les gros excréments sont retenus ou se rendent difficilement et avec douleur : si c'est au col, on l'aperçoit facilement en mettant le doigt dedans, comme aussi son corps est du tout enflammé ; car vous ressentez une extrême chaleur et ardeur, comme si vous aviez votre doigt dedans de l'eau chaude. » Mais voici quelque chose de bien autrement important, et à quoi certainement on ne se serait pas attendu : « La suppuration étant faite, si la tumeur où est contenue la boue est apparente, comme si elle est au col ou conduit de la matrice, dit *vagina*, elle sera ouverte avec un instrument commode, sans attendre une trop grande putréfaction, à laquelle le lieu, étant chaud et humide, est sujet. » Ainsi Guillemeau, le disciple de Paré, à près de deux cent cinquante ans de notre époque, érigeait en précepte l'ouverture des abcès intra-pelviens par le vagin, pratique regardée comme beaucoup plus moderne, et qui, en effet, semble appartenir à une chirurgie plus perfectionnée que ne l'était celle du commencement du XVIIe siècle.

Dans le chapitre des *ulcères de la matrice*, Guillemeau revient sur les abcès de cet organe, et l'on va voir dans quels termes remarquables : « Il faut ici prendre garde que l'abscez s'ouvre quelques fois par la partie intérieure de la matrice, et que lors la boue se descharges par dedans sa capacité et col, comme les purgations menstruelles ; souvent aussi il se rompt par la partie extérieure de la dite matrice dans le corps, auprès des intestins et du péritoine ; auquel cas, si la boue vient à se ramasser parmy ces lieux, la section sera nécessaire pour donner ouverture à cette matière, ainsi qu'on fait aux hydropiques. Il arrive aussi quelques fois qu'il se creve à la surface extérieure du col de la matrice, et ce, à l'endroit où il est adhérent à la vessie, et lors la boue trouve passage par icelle, et, en contr'eschange, l'urine se vuide par le col de la matrice, estant souvent supprimée par quelque matière espaisse qui estoupe le conduit, ou bien à l'endroit où il est attaché à l'intestin droit, et lors les clystères sortent par la nature de la femme, et les ablutions de la matrice par le siége. » Guillemeau connaissait donc, presque aussi complétement que nous les connaissons, les curieuses terminaisons des abcès intra-pelviens en ce qui touche leur ouverture spontanée.

Ces connaissances chez le disciple rendent plus sensible la lacune qui se fait remarquer dans les œuvres du maître. En effet, peu s'en faut que Paré ne se taise absolument sur ces inflammations suppuratives de la matrice, dans lesquelles il nous est facile de retrouver nos abcès intra-pelviens. Il ne fait que mentionner l'apostème de l'utérus : une première fois, dans l'énumération des maladies de cet organe ; une seconde fois, à l'article *Ulcères de la matrice*, où il l'indique comme pouvant donner lieu à ces ulcères.

Mais si des notions exactes, si une thérapeutique rationnelle et hardie, dans des cas pathologiques dont l'élucidation a été si laborieuse, nous étonnent chez Guillemeau, combien plus sommes-nous surpris de devoir les rechercher plus avant encore dans l'histoire de l'esprit humain, et jusque vers le ve siècle.

C'est Jean Liébaut, dont le livre parut en 1582(1), qui nous a fourni l'indication au moyen de laquelle nous avons pu remonter jusqu'à Paul d'Egine et Aétius, indication que nous aurions trouvée aussi dans l'ouvrage de Nicolas Roche (2), antérieur de trente-huit ans à celui de Liébaut, et dans lequel nous relevons cette phrase : « Aliquando vero tumor circa pubem apparet, et tanquam exundationis sensus, cum abscessus grandior fuerit. »

Nous venons de nommer Liébaut, dont nous citerons le passage suivant, qui en rappellera un autre de Guillemeau, avec une indication de plus : « La boue contenue en l'abcez, ainsi que le mouvement de nature, se tourne plustost vers une part que vers l'autre, sort quelques fois par le fondement avec les egestions ; quelques fois en pissant avec l'urine, aucune fois par le conduit de la nature, et quelques fois se jette entre le péritoine et les boyaux, tendant extérieurement vers la peau du ventre, *quelques fois par la hanche*, ainsi que j'ay observé, sera facile de cognoistre le lieu par lequel la boue sortira. »

Mais il est temps de laisser parler Paul d'Egine :

Si abscessus circa uteri osculum consistat, qui chirurgiæ subjici possit, non prompte ad excisionem festinandum est, sed absoluta iam affectione, et plurimum aucta inflammatione et humidis corpusculis incombentibus attenuatis, eo quod principalis pars sit uterus. At vero in aggressione locetur fæmina supina in sella, ita ut crura ad summum ventrem contracta habeat, femora vero inter se disparata. Subiiciantur autem ulnæ ipsius ad poplites, et vinculis idoneis ad cervicem deligentur. Qui vero chirurgiam exercet, ex dextris partibus sedens, instrumento exploratorio dioptra appellato, pro ætate convenienti exploret, et per specillum muliebris sinus profonditatem metiatur, ne si longior sit dioptræ fistula, uterum comprimi contingat. Et si longior sinu reperta fuerit dioptræ fistula, lintea complicata pudendi alis imponantur, quo super ipsa locetur dioptra. Oportet autem fistulam immittere, ut cochleam ad supernam partem habeat ; et dioptra quidem ab operante teneatur, cochlea vero per

(1) Trois Livres appartenant aux infirmitez et maladies des femmes.

(1) De Morbis mulierum curandis Liber, etc.

ministrum obtorqueatur, quo fistula laminis diductis sinus disparetur. Ubi vero occurrerit abscessus, si mollis ac tenuis sit (id quod digiti contactu cognosces), spathula, aut acicula in vertice dividatur, et post puris excretionem lemniscus mollissimus oleo rosaceo imbutus plagæ inseratur, aut potius extra plagam, in sinum muliebrem, citra protrusionem. Forinsecus autem ad alas, et in pectinem ac lumbos, lanæ succidæ aut puræ oleo imbutæ imponantur. Tertia die aquæ ac oleo calefactis insideat, aut maluæ decocto, factaque detersione lemiscus leniter in plagam indatur, illitus tetrapharmaco per se aut cum cocto melle. Sit autem dilutum tetrapharmacum ex butyro aut rosaceo : cataplasmatisque externæ partes integantur, donec inflammatio sedetur, et purum ulcus fiat. Si vero difficulter repurgetur, per auricularem clysterem cum iridis aut aristolochiæ decocto, aut melle eluatur, et per emplastrum ex cadmia vino dilutum, et linamentis exceptum, cicatrix inducatur : at si intra uteri osculum abscessus fuerit, chirurgia vitetur. »

Le lecteur nous pardonnera cette longue citation en raison de son extrême importance. Il sera surpris, comme nous, de voir une telle chirurgie à une telle époque. Certes, on peut légitimement s'étonner de trouver si bien décrite, dans Paul d'Egine, une opération qui, comme nous l'avons dit, semble impliquer un état beaucoup plus avancé de la science, et qu'un auteur distingué, M. H. Bourdon (1), fait remonter seulement à Calliseu (2).

Après Guillemeau viennent Mauriceau et de La Motte. Avec Mauriceau commence l'ère des faits. Ces deux auteurs ont une même doctrine étiologique, qu'ils émettent incidemment. Mauriceau dit, dans une observation, que la tumeur procédait de la *partie la plus grossière des vuidanges qui n'avaient pas eu une suffisante évacuation ;* et de La Motte attribue une tumeur semblable à ce que, par suite d'une vive émotion et d'un refroidissement, *les vaisseaux qui se dégorgent au dedans de la matrice ont éprouvé une apparente obstruction.*

Mauriceau parle le premier des abcès des ligaments de la matrice.

II. Nous pouvons rattacher à Puzos (3) cette seconde période de l'*historique* des abcès puerpéraux du bassin, période dans laquelle on les a considérés comme des produits de la *métastase laiteuse.*

« Les dépôts laiteux fixés dans la région inférieure du ventre, dit cet auteur, sont presque toujours situés depuis l'aine de l'un ou de l'autre côté jusqu'à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles. Il y en a où l'humeur se dépose sous la peau et les graisses ; d'autres entre les muscles et le péritoine. Les plus considérables se logent dans le tissu cellulaire du péritoine, dans les ligaments larges ou dans les ovaires. »

Faisons abstraction de la donnée étiologique, et reconnaissons qu'il y a dans ce passage une vue anatomique assez complète des abcès intra-pelviens, suite de couches.

Puzos rapporte huit observations : cinq de résolution, trois de suppuration.

On trouve dans le *Journal de Médecine* de l'année 1755, une *lettre critique*, relative à un abcès, que l'auteur (anonyme) regarde comme ayant eu son siége *dans la gaîne celluleuse du psoas.* Ces mots sont remarquables par la précision du détail anatomique qu'ils expriment ; nous les voyons pour la première fois. L'auteur rapporte une observation intéressante au même titre.

Huit ans plus tard, en 1763, le même recueil publiait une observation de Doulcet.

Le volume de l'année suivante renferme une autre observation qui ne tient pas ce que promet son titre : *Observation sur une fièvre de lait survenue à la suite d'un dépôt laiteux sur le bas-ventre, six semaines après les couches* (Planchon). Le mot dépôt ne signifie pas, pour l'auteur, *tumeur, abcès ;* il est pris dans le sens de métastase laiteuse sur les organes du bas-ventre en général. Nous voyons, d'ailleurs, se continuer dans Planchon la doctrine étiologique de Puzos.

Cette doctrine est consacrée aussi dans le passage suivant de Van Swieten, dont l'ouvrage (1) fut traduit dans notre langue par Louis et Sue, en 1768 :

« Solet materia illa lactea colligi in tunica cellulosa, per quam peritoneum pelvi nectitur, vel inter musculam psoam et iliacam, circa ligamenta larga, et quandoque in pluribus locis simul. Dum hoc fit, obtusus dolor circa inguina, pondus in pelvi, et debilitas femorum percipiuntur, si decumbat in dorso femoribus extensis, plus molestia habet quam si eadem flexa fuerint. » En écrivant ces mots : materia lactea, le célèbre disciple de Boerhaave parlait pour lui et pour son maître.

Levret (2) traite *des engorgements laiteux du bassin et des extrémités inférieures.* « Le siége de ces engorgements, dit-il, est dans le tissu cellulaire qui attache le péritoine aux parois du bassin, ou dans le tissu qui est interposé entre les muscles psoas et iliaque, ou enfin dans la duplicature des ligaments larges, et quelquefois dans plusieurs de ces endroits en même temps. » Puzos avait compris dans ces engorgements les dépôts de l'ovaire ; Levret les néglige.

Raulin (3) a écrit un article sur les *Dépôts laiteux aux aines et aux cuisses*, et un chapitre sur les *Dépôts laiteux du bas-ventre*, qu'il regarde comme pouvant se former dans la matrice, les ligaments larges, etc., et dans le mésentère. Sa symptomatologie des abcès du bas-ventre est un modèle de concision et de clarté. Mais il n'a point vu l'identité des abcès du bas-ventre et de ceux de l'aine dans un grand nombre de cas : il n'a point vu,

(1) Des tumeurs fluctuantes du petit bassin et de leur ouverture pratiquée par le vagin ; dans la Revue médicale, nos de juillet, août et septembre 1841.

(2) Le passage de P. d'Egine se retrouve dans Aétius, seulement plus bref. Aétius n'était lui-même qu'un compilateur. A qui donc faire remonter cette belle chirurgie ?

(3) Mém. sur les dépots laiteux.

(1) Aphorism., t. IV.

(2) L'art des accouchements démontré par des principes de physique et de mécanique, etc.

(3) Traité des maladies des femmes en couches, etc.

c'est-à-dire que l'abcès du bas-ventre devient souvent inguinal.

Deleurye (1) parle des dépôts laiteux qui se forment dans la duplicature des ligaments larges et de leurs ailerons. On voit qu'il les connaissait bien.

On lit, dans le *Journal de Médecine* de l'année 1779, une observation de Bajon, très-intéressante, mais malheureusement obscure, de *dépôt laiteux à la matrice*. Nous sommes porté à supposer qu'il s'agit, dans cette observation, d'un abcès du bassin qui fut très-lent à se former, et qui finit par s'ouvrir dans le vagin. Le plus remarquable de l'observation, c'est que l'existence de l'abcès n'empêcha pas la femme de devenir enceinte et de mettre au monde un enfant bien portant. L'ouverture spontanée de la tumeur eut lieu pendant la gestation.

Delaroche (2) relate deux faits que nous rappellerons en traitant de l'*etiologie*. Cet auteur, quoique nous le citions ici, ne doit pas être rangé parmi les partisans de la doctrine de la métastase, contre laquelle, au contraire, il s'élève.

Pujol, dans le *Journal de Médecine* de l'année 1789, donna une observation de *fièvre puerpérale suivie d'un épanchement dans l'abdomen et d'un dépôt énorme*, observation que nous reproduirons en la résumant.

L'ouvrage de Doublet (3) contient un article intitulé : *Dépôt laiteux à la région hypogastrique et dans la cavité abdominale, guéri par le secours de l'art*, dans lequel il résume plusieurs observations déjà connues, et relate d'autres faits qui lui sont propres. Doublet appartient tout entier à la doctrine de le métastase laiteuse.

Il en est de même d'Antoine Petit (4). Il y a trois sortes de lochies : les sanguines, les puriformes et les laiteuses, dont la suppression amène des accidents respectifs. Les dépôts du bas-ventre sont le produit de la suppression des lochies laiteuses. A. Petit cite une observation curieuse, mais malheureusement très-incomplète.

Vigarous (5) continue la tradition de la métastase laiteuse. Il donne un précepte utile relativement à la douleur plus vive que les femmes éprouvent lorsqu'elles ont les cuisses allongées : « Ce qui indique de placer un traversin ou un oreiller roulé sous les jarrets de la malade pour la soulager. »

Nous sommes arrivé au partisan le plus convaincu, le plus ardent de la métastase laiteuse, Gastelier (6). « Les métastases laiteuses sont incontestables ; je les ai vues comme je vois le soleil nous éclairer, et je ne doute pas plus de leur existence que de la clarté du jour en plein midi. » Voilà ses paroles. Il critique Johnson, Walter, Gardien, Laënnec, Bichat (auxquels noms il faut ajouter celui de Cruikshank) (1), d'avoir rattaché les maladies des femmes en couches à l'inflammation du péritoine. Il se débat au milieu de tant de coups dirigés à la fois contre la doctrine qui lui est chère, et s'emporte contre Pélissot, qui a osé écrire cette phrase : « Il est encore des médecins et des chirurgiens qui, comme le vulgaire, croient aux laits répandus ; » contre Pélissot *qui ne croit pas aux laits répandus, aux apoplexies, aux péripneumonies laiteuses, pas même aux dépôts laiteux*, dépôts sur lesquels, soit dit en passant, Gastelier aurait pu être plus explicite.

III. Efforts inutiles ! l'heure du solidisme était arrivée.

Déjà Gardien (2), décrivant la péritonite puerpérale, y avait fait rentrer les anciens dépôts laiteux du bas-ventre, en quoi nous le voyons imité par J.-P. Frank, dont le fils se moque agréablement de la métastase, que Walter, de son côté, appelle un *badinage français*.

Petit (3), dans un article judicieux, ferme et mesuré, attaque la doctrine défendue par Gastelier. Nous rappellerons cet article quand nous traiterons de la *cause prédisposante physiologique*.

Dance et M. Husson, dans leur *Mémoire sur quelques engorgements inflammatoires qui se développent dans la fosse iliaque droite* (4), rapportent trois observations qui appartiennent à l'histoire des abcès intra-pelviens chez les femmes en couches.

L'année même de la publication du mémoire dont il vient d'être question, M. Mélier (5) faisait connaître une observation interessante.

Nauche (6), madame Boivin (7), Baudelocque (8), Monteggia (91), nous offrent des observations et des remarques dont nous tirerons parti.

Boyer est très-court sur les abcès intra-pelviens des femmes en couches; nous devrons cependant lui emprunter un fait intéressant.

Citons encore la *Clinique* de M. Andral, dont le chapitre sur *l'inflammation partielle du péritoine et de l'excavation du bassin* nous fournira d'utiles documents.

Nous n'avons mentionné ni la thèse de M. Ponceau (10), ni le mémoire de M. Ménière (11), parce que les observations qui y sont relatées n'ont pas rapport à l'état puerpéral.

Il en est autrement d'un mémoire publié en 1829 par M. Téallier (12), dans lequel se trouvent deux observations qui appartiennent à notre sujet.

L'année 1830 nous fournit un mémoire de M. Paillard (*des Abcès développés dans la fosse iliaque à la suite des couches*, etc.) (13), dans lequel est étu-

(1) Traité des accouchements en faveur des élèves.
(2) Recherches sur la nature et le traitement de la fièvre puerpérale, ou inflammation d'entrailles des femmes en couches.
(3) Nouvelles recherches sur la fièvre puerpérale.
(4) Traité des maladies des femmes enceintes, des femmes en couches, et des enfants nouveau-nés, etc., rédigé sur les leçons d'Ant. Petit, par les citoyens Baignères et Perral.
(5) Cours élémentaire de maladies des femmes.
(6) Des maladies aiguës des femmes en couches.

(1) Anat. des vaiss. lymph.
(2) Traité d'accouchements.
(3) Dictionnaire des sciences médicales, art. Dépôts.
(4) Répertoire de M. Breschet, 1827.
(5) Journal général de médecine.
(6) Des maladies propres aux femmes.
(7) Recherches sur une des causes de l'avortement.
(8) Traité de la péritonite puerpérale.
(9) Istituzioni chirurgiche.
(10) Observations et réflexions sur quelques points de médecine; thèses de Paris, 1827, n° 104.
(11) Archives générales de médecine (juin et août 1828).
(12) Journal général de médecine, juillet 1829.
(13) Journal hebd.

diée la question de l'ouverture spontanée des abcès dans les organes creux.

En 1835, parut l'ouvrage de M. Martin le jeune (1), où se trouve, sous ce titre : *des Dépôts des annexes de la matrice, qui surviennent à la suite des couches*, un article étendu, renfermant un grand nombre de faits.

En 1837, M. Lebatard (2) et M. Piotay (3) présentent chacun à la Faculté de médecine de Paris une thèse sur le point de pathologie qui nous occupe.

Un cas très-remarquable de M. Camus fut publié en 1838 (4). L'abcès avait eu lieu par suite de tentatives d'avortement.

En 1839, M. Fichot (5) soumet à la Faculté une dissertation sur notre sujet.

Les thèses, comme on voit, se succèdent rapidement dans l'École de Paris. L'intérêt des élèves est excité par la parole des maîtres. « J'ai entendu, dit M. Fichot, MM. les professeurs Chomel et Dubois en faire le sujet de leurs savantes cliniques. »

C'est aussi en 1839 que parut le mémoire de M. Grisolle (6), dans lequel beaucoup de faits et de remarques sont relatifs aux abcès puerpéraux du bassin.

La publication des leçons de Dupuytren eut lieu dans la même année. On y voit un article sur les abcès de la fosse iliaque droite (7), où est reproduite une observation déjà imprimée dans le mémoire de MM. Husson et Dance.

Nous arrivons à M. Cherest (8), auquel il faut pardonner une erreur en raison de ses efforts pour doter la science d'un travail utile. Voici son erreur, suffisamment rectifiée par tout ce qui précède ; c'est par elle qu'il entre en matière : « La maladie qui fait l'objet de cette dissertation n'a encore été étudiée ni décrite spécialement par personne..., etc. »

En 1841, on publia les leçons de M. Velpeau, où se trouve un article sur les abcès de la fosse iliaque, considérés chez l'homme et la femme (9).

En 1842, paraît le mémoire déjà cité de M. Bourdon.

Citons, en terminant cet *historique*, un mémoire récent de M. Lever (10), et un également récent de M. Meissner (11). Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer différents ouvrages et mémoires étrangers.

(1) Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques, sur plusieurs maladies et accidents graves qui peuvent compliquer la grossesse, la parturition et les couches.

(2) Des tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque interne; thèse de Paris, 1837, n° 397.

(3) Essai sur les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque développées dans les annexes de l'utérus ; thèse de Paris, 1837, n° 462.

(4) Revue médicale, 1838, t. III.

(5) Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, 1839, n° 379.

(6) Archives générales de médecine, numéros de janvier et de février 1839.

(7) Leçons orales de Dupuytren, recueillies par MM. Brierre de Boismont et Marx, t. III.

(8) Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, 1841, n° 172.

(9) Leçons orales de clinique chirurgicale, recueillies par MM. Pavillon et Janselme, t. III.

(10) Guy's hospital reports; april 1844.

(11) Annales de la Société de médecine de Gand.—Gazette des hôpitaux, du 8 juin 1844.

CHAPITRE II. — *Faits.*

Nous diviserons ce chapitre en deux articles : l'un consacré aux faits déjà publiés, l'autre aux faits nouveaux. Nous n'avons pas, bien entendu, la prétention de connaître tous les faits publiés, et nous ne pouvons donner place à tous ceux que nous connaissons.

ARTICLE 1er. — *Faits publiés.*

Obs. I. — *De deux femmes accouchées depuis deux mois, qui avaient une fâcheuse tumeur au côté du bas-ventre* (1). — Le 28 mars 1682, je vis une femme accouchée depuis deux mois, à laquelle il était survenu, quelques jours auparavant, une tumeur au côté du bas-ventre, tirant vers l'aine droite, laquelle y procédait de la partie la plus grossière de ses vuidanges, qui n'ayant pas eu une suffisante évacuation, était restée embarrassée dans toutes les parties latérales de la matrice, et de ses ligaments de ce même côté, qui se tuméfia beaucoup, causant d'extrêmes douleurs à la malade, accompagnées de fièvre et de fréquentes faiblesses ; et étant venu enfin à abscéder, obligea d'y faire ouverture, pour donner issue à trois palettes de matière qui y était contenue, semblable à une espèce de lie de vin rouge et de vin blanc qui aurait été mêlée ; après quoi toute cette grosse tumeur ayant suppuré durant cinq semaines, cette femme se porta mieux de jour en jour, et guérit heureusement de cette fâcheuse maladie, qui l'avait mise en extrême danger de la vie.

On se demande s'il ne s'agit pas, dans cette observation, d'un abcès sanguin, c'est-à-dire d'un abcès consécutif à un trombus vaginal s'élevant dans le bassin, comme l'a vu M. Depaul, dans un cas qu'il a bien voulu nous communiquer. On avait essayé, pour la malade de Mauriceau, des purgatifs, « qui, dit-il, au lieu de produire l'effet que les médecins en espéraient vainement, n'avaient servi qu'à irriter d'autant plus le mal, en augmentant la fluxion... » Cette remarque est à noter.

Obs. II. — *Accouchement ; refroidissement ; abcès dans l'aine ; ouverture artificielle ; guérison* (2). — Le 8 janvier 1698, je fus prié d'aller voir la femme d'un maréchal, demeurant à Montebourg, laquelle était nouvellement accouchée, et qui s'était relevée huit jours ensuite, et lorsque ses vuidanges coulaient encore en quantité et rouges. Comme la saison était extrêmement froide, elle s'exposa mal à propos au grand air pour aller à l'église, où elle fut subitement atteinte d'un frisson, auquel succéda une fièvre des plus fortes, et il s'ensuivit une totale suppression de ses vuidanges, et une douleur à l'aine du côté gauche, où il parut, deux jours ensuite, une tumeur avec rougeur, chaleur, tension et pulsation.

Ayant trouvé les choses en cet état, mon premier soin fut de divertir la fluxion et de diminuer la fièvre par le moyen de la saignée du bras, des lavements et du régime, et ensuite d'apaiser la douleur, qui était devenue excessive, avec des cataplasmes anodins faits avec de la mie de pain blanc, du lait

(1) Mauriceau.

(2) De La Motte. Accouchements.

doux, des jaunes d'œufs, du safran et de l'huile de camomille, auxquels je fis succéder les émollients et maturatifs faits avec la pulpe de mauve, guimauve, semence de lin, farine de seigle, fleurs de camomille et de mélilot, onguent d'Althæa, huile de lis et de camomille; mais voyant que les accidents augmentaient, et qu'il n'y avait plus que la suppuration à espérer, je lui fis user de cataplasmes faits avec le vieux levain, l'oignon rouge cuit sous la braise, la fiente de pigeon, l'onguent d'Althæa, et le suppuratif: cette malade ressentit de si bons effets de l'usage de ces remèdes, que la matière fut formée en huit jours, et évacuée par l'ouverture que j'en fis avec la lancette, en sorte que cet abcès fut incarné et cicatrisé en moins de quinze jours, qui fut trois semaines après y avoir été appelé.

De la Motte ne dit pas dans quel point il fit l'ouverture, mais on voit qu'elle dut être pratiquée dans l'aine. Notons la cause occasionnelle : froid prolongé; suppression des lochies.

Obs. III.—*Refroidissement pendant le travail; abcès dans l'aine; ouverture artificielle; guérison*(1). — Au mois de septembre dernier, une dame, qui demeurait à quatre lieues de cette ville, qui était accouchée à la mi-août sans avoir de feu dans sa chambre, à cause de la chaleur qu'il faisait alors, souffrit plusieurs frissons pendant son travail, qui ne dura pas plus de trois heures, comme il est assez ordinaire, étant souvent le prélude d'une douleur prochaine qui échauffe bien des femmes. Mais celle-ci n'ayant pas ressenti le même effet, accoucha dans un fort grand froid; et l'on eut ensuite beaucoup de peine à l'échauffer. Elle sentit, dès qu'elle fut couchée, une douleur à l'aine droite, qui se termina par une tumeur, laquelle persévéra pendant tout le temps de ses couches; mais les douleurs augmentaient après qu'elle fut relevée. A l'occasion de ces accidents, elle vint en cette ville, où elle appela deux médecins, deux chirurgiens, et moi. La matière fut formée en huit jours, et il sortit de cet abcès, que j'ouvris ensuite, environ deux palettes de pus; et l'ulcère ayant été cicatrisé et guéri en dix jours, la dame se porta très-bien.

Cette cicatrisation rapide de l'ouverture de l'abcès est bien faite pour étonner. Ce n'est pas à la suite de l'accouchement, c'est pendant le travail même que le froid saisit la malade. Toutefois l'étiologie n'est pas claire.

Obs. IV. — *Travail long et fâcheux; abcès hypogastrique; ouverture artificielle; guérison* (2). — La femme d'un pauvre homme de journée de la paroisse de Négreville, après avoir eu un accouchement long et fâcheux, sentit des douleurs extrêmes en la région hypogastrique, qui furent suivies d'une dureté et tension qui se communiquèrent en assez peu de temps à toute la capacité du ventre, avec des envies continuelles d'uriner, une grande oppression, et des vomissements très-fréquents; en sorte que la voyant en grand danger de sa vie, l'on me vint prier charitablement de l'aller voir. Je commençai par lui faire une saignée du bras, et lui fis aussitôt des fomentations avec une décoction émolliente; je lui fis donner des lavements de la même décoction, qui fut ce que je pus faire sur les lieux; et l'effet de ce remède fut si heureux que les vuidanges, qui étaient supprimées, reprirent leurs cours, et que la tension qui occupait tout le bas-ventre se fixa en la seule région hypogastrique, qui resta dure, tendue et douloureuse, même avec quelque rougeur; ce qui me fit changer les serviettes en sachets. Mais voyant qu'à ces accidents il se joignait un battement et des élancements, je ne doutai plus que cette partie ne s'abscédât. Je fis succéder à ces fomentations et sachets des emplâtres de mucilage et de mélilot, qui firent élever la partie et paraître une espèce d'inondation; ce qui fit que je me servis de l'emplâtre diachylum magnum, avec un plumaceau couvert de suppuratif, qui acheva en peu de jours de former le pus, et le mit en état d'être évacué : ce que j'exécutai par l'ouverture que je fis avec la lancette en la partie la plus déclive de la tumeur qui était vers l'aine du côté gauche. Il en sortit du pus en quantité, dont la malade se sentit fort soulagée.

Je la pansai avec une tente de charpie sèche de même que le plumaceau, avec l'emplâtre de diachylum par-dessus, de la grandeur de la tumeur; et le lendemain je couvris la tente et le plumaceau de suppuratifs, et en laissai à la malade pour se panser. Elle vint ensuite trois ou quatre fois chez moi en huit ou dix jours, dans lesquels je ne changeai rien aux pansements, voyant que la malade était bien mieux; après quoi elle fut parfaitement guérie.

Ici la cause occasionnelle de l'abcès semble se trouver dans la lenteur et la difficulté du travail. Il y eut des vomissements. Nous avons laissé subsister dans l'observation ce qui a rapport aux maturatifs et au mode de pansement. De nos jours, on a peut-être trop simplifié la thérapeutique locale des abcès.

Obs. V. — *Accouchement difficile; émotion violente; frissons; vaste collection purulente dans l'abdomen; ouverture spontanée; guérison* (1). — La femme de Preval, du Teil, étant accouchée d'un enfant à dix heures du matin, et la main d'un second enfant s'étant présentée, la sage-femme espéra inutilement, jusqu'à sept heures du soir, de terminer cet accouchement : elle fut obligée de réclamer mon secours et de m'envoyer chercher. Aussitôt que je fus arrivé, je mis cette femme en situation sur le travers de son lit; j'allai chercher les pieds de ce second enfant, les empoignai, les attirai au passage, et je finis cet accouchement en un moment; après quoi j'ordonnai les choses nécessaires, et laissai cette accouchée aux soins de la sage-femme, et m'en retournai. Elle se porta fort bien jusqu'au cinquième jour, qu'elle vit son mari entrer brusquement dans sa maison, dont il ferma et barra la porte à plusieurs hommes qui le poursuivaient, et qui la voulaient casser, frappant contre cette porte avec violence.

Cette femme, sans songer à l'état où elle était, se leva très-alarmée pour aller secourir son mari en cas de besoin. La peur que cette pauvre femme eut, lui causa un tel dérangement qu'elle fut saisie d'un

(1) De La Motte. Ibid.
(2) Ibid.

(1) De La Motte. Chirurgie.

frisson qui se termina par une grosse fièvre, suivie d'une suppression totale de ses vuidanges, avec tension par tout le ventre et des douleurs beaucoup plus violentes que celles qu'elle avait souffertes dans son travail. Je la saignai plusieurs fois du bras : la violence des douleurs diminua un peu ; mais elles persévérèrent néanmoins pendant plus de quarante jours, que son ventre lui revint plus gros qu'il n'était avant son accouchement. (Foment. et lav. émoll.)

On me vint chercher en grande diligence un après-midi, ne croyant pas que je pusse trouver cette pauvre femme en vie, de la terrible manière que les douleurs avaient commencé à se faire sentir. Je fus surpris, en arrivant, de trouver un seau de pus, qu'elle avait vuidé par une ouverture qui s'était faite dans ces cruels efforts, à quatre doigts au-dessous et à côté du nombril, par laquelle était sortie et sortait encore cette effroyable quantité de matière. Après que j'eus vu qu'il n'en sortait plus, même en pressant le ventre, je la pansai avec une tente à tête attachée à un fil, couverte de suppuratifs, un plumaceau couvert du même onguent, et un emplâtre de diachylum par-dessus. Elle guérit parfaitement, et en peu de temps, et a eu plusieurs enfants depuis.

Travail difficile ; émotion violente, pendant laquelle l'accouchée sort de son lit : voilà pour l'étiologie. Le volume du ventre, la quantité du pus sont des circonstances très-notables. Etait-ce un abcès ou un épanchement?

Obs. VI. — *Dépôt dans l'aine, suite de couches ; traitement par les saignées répétées ; résolution de la tumeur* (1). — Une dame extrêmement délicate, après être accouchée fort heureusement, fut attaquée, vers le dixième jour de ses couches, d'une fièvre médiocre. Comme les suites de couches allaient très-bien, je ne pensai qu'à gagner du temps par l'usage des remèdes ordinaires, et ne me déterminai à chercher les causes de sa maladie que lorsque les douleurs du ventre, réunies dans un lieu fixe, m'y contraignirent. Je ne sentis alors qu'un engorgement dans l'un des côtés du ventre ; mais j'augmentais la douleur en pressant l'endroit malade. Je fis tout mon possible pour détruire le commencement de cette maladie par plusieurs saignées du bras, qui, à la vérité, ne furent pas faites assez près les unes des autres; aussi le dépôt augmenta-t-il malgré mes soins : il forma une tumeur si considérable dans l'espace de huit ou dix jours, qu'elle surpassait le volume de la tête d'un enfant. J'employai les remèdes dont j'ai parlé dans l'observation précédente, mais d'abord avec si peu de succès que je demandai une consultation. MM. Malaval et Ledran furent appelés. Après l'examen de la tumeur, qui s'étendait depuis l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles jusqu'à l'ombilic, ils crurent, ainsi que moi, qu'elle viendrait à suppuration. Cependant ils furent d'avis de continuer l'usage des résolutifs. On saigna de nouveau la malade : elle fut purgée de jour à autre, et la diète fut extrêmement sévère. Enfin, au bout d'un mois, la tumeur diminua, et après un temps égal, elle se trouva détruite entièrement.

Puzos, par cette observation, et quatre faits analogues, cherche à prouver qu'il ne faut pas désespérer de résoudre les dépôts du bas-ventre chez les nouvelles accouchées, alors même que l'on a beaucoup attendu, et que ce retard n'est pas une raison pour renoncer à une thérapeutique active. Puzos dit que *les saignées ne furent pas faites assez près les unes des autres*. Cette remarque n'aura pas échappé au lecteur.

Obs. VII. — *Dépôt suite de couches ; ouverture artificielle ; guérison* (1). — Une dame, après un accouchement ordinaire, eut des suites de couches telles qu'on pouvait les souhaiter, jusqu'au huitième ou dixième jour. Elle sentit alors des douleurs dans le ventre, dans l'aine et dans la cuisse, qui l'inquiétèrent : aucune enflure ne se laissait apercevoir : ainsi on borna les secours à l'huile d'amandes douces, aux lavements et à des topiques de différentes espèces ; on saigna cependant la malade deux fois, mais à des distances éloignées. Cinq ou six semaines se passèrent sans obtenir aucune diminution dans les accidents ; au contraire, la fièvre survint, la cuisse et la jambe refusèrent le service, et la douleur de l'aine augmenta. Je fus mandé : je reconnus une dureté au-dessus du pli de l'aine, qui n'était pas circonscrite ; elle ne produisait ni élévation ni rougeur à la peau, mais elle avait tous les signes d'un dépôt laiteux. La malade fut saignée plusieurs fois, et coup sur coup ; on la mit à l'usage des apozèmes animés avec l'*arcanum* et des cataplasmes émollients.

Mais tous ces moyens ne purent empêcher la suppuration. M. Boudou fit l'ouverture de ce dépôt, dont le foyer était dans l'hypogastre, et il renfermait une si grande quantité de matières qu'il nous parut surprenant qu'elle ne se fût pas plutôt fait jour dans l'intérieur du ventre, que de se manifester au-dehors sans rompre ses enveloppes. Cette dame a été guérie radicalement et a fait depuis d'autres enfants.

Pas de causes apparentes : impotence du membre correspondant à la tumeur ; ouverture de l'abcès par le bistouri ; guérison ; grossesses ultérieures ; tels sont les traits qui méritent d'être relevés dans cette observation.

Obs. VIII. — *Abcès suite de couches ; ouverture artificielle ; guérison* (2). — La femme d'un receveur-général des finances eut, après un accouchement heureux, des douleurs dans le ventre avec un dévoiement fort importun. On travailla sans succès à l'en guérir. Quelque temps après, la fièvre survint. Les tranchées, répandues d'abord dans tout le ventre, se cantonnèrent au-dessus de l'aine du côté droit. On avait employé les cataplasmes, les fomentations ; la malade avait été purgée plusieurs fois à cause de son dévoiement, et elle était au quinquina, parce que la fièvre était intermittente. Mais la cuisse s'étant raccourcie par l'augmentation du dépôt, je fus mandé six semaines ou environ après la première impression du dépôt. Il faut con-

(1) Puzos. Loc. cit.

(1) Puzos.
(2) Ibid.

venir que les tranchées dont le dévoiement était accompagné avaient tellement fixé l'attention de ce côté-là, qu'elles n'avaient pas permis de penser à une autre cause. On fit plusieurs saignées du bras à la malade ; on la purgea de nouveau ; mais le temps de la résolution avait été manqué dans le commencement.

On fit donc l'ouverture du dépôt, et la malade guérit après trois mois de maladie.

Il y eut du dévoiement. Faut-il en accuser l'irritation communiquée à l'intestin par l'inflammation du voisinage? Cette fièvre intermittente, pour laquelle on donna du quinquina, était une fièvre de suppuration. Notons le *raccourcissement*, c'est-à-dire la flexion de la cuisse. La maladie fut méconnue d'abord; pourtant les tranchées s'étaient localisées et appelaient l'attention sur l'aine droite. De tels faits importent au diagnostic. Pas de cause occasionnelle connue. Dans ces cas de cause occasionnelle inappréciable, on voudrait des détails sur les antécédents.

Obs. IX. — *Fistule hypogastrique suite d'un abcès intra-pelvien puerpéral* (1). — Une dame de province, venue à Paris pour consulter, nous assembla MM. Petit, Boudou et moi. Nous lui trouvâmes un trou fistuleux au-dessous du pubis, un peu latéralement. La sonde entrait si avant, qu'elle paraissait se perdre dans l'hypogastre. Cette fistule était la suite d'un abcès laiteux ouvert depuis plus d'un an, et qu'on n'avait jamais pu cicatriser, quoiqu'on y eût travaillé à différentes reprises. Notre avis fut d'entretenir l'ouverture et l'issue des matières avec une canule et d'attendre du temps seul la guérison.

On verra plus loin quelle fut la thérapeutique de Boyer dans un cas semblable.

Obs. X. — *Abcès iliaque ouvert artificiellement ; guérison* (2). — Une personne qui m'appartenait de très-près, eut, il y a environ dix ans, en suite d'une couche, de cruelles douleurs dans la région des reins ou des lombes du côté gauche, qui se continuaient jusqu'à la partie antérieure supérieure de la cuisse, et qui augmentaient beaucoup par les mouvements de la cuisse du même côté. Ces douleurs durèrent dans le même état environ trois mois, au bout duquel temps on s'aperçut d'une tumeur à l'aine du côté malade, dont le volume devint considérable en peu de temps. On l'ouvrit, et il en sortit une grande quantité de matière qui venait visiblement de dessous l'arcade crurale, non du petit bassin, mais de bien plus haut, puisque la matière coulait abondamment lorsque la malade était ou debout ou sur son séant. La personne a parfaitement guéri de cette maladie, et a eu depuis deux enfants sans aucun accident.

Historiquement, cette observation a une certaine valeur ; elle prouve qu'en 1755, on avait déjà une idée assez nette de la marche que suit le pus dans les abcès iliaques. Notons que la personne dont il est question eut deux couches heureuses après son accident.

Obs. XI. — *Fièvre puerpérale occasionnée par l'extraction de l'arrière-faix, et suivie d'une suppuration mortelle de l'ovaire* (observ. du docteur Viensseux) (2). — Une dame, âgée de vingt ans, accoucha de son premier enfant le 7 janvier 1780. L'accouchement fut difficile et laborieux, et peu de temps après la sortie de l'enfant, l'accoucheur fit l'extraction de l'arrière-faix et le tira par morceaux. L'accouchée souffrit beaucoup et se plaignit constamment, les jours suivants, d'une douleur dans le côté droit et inférieur du ventre, à l'endroit où elle disait avoir senti la main du chirurgien.

Ensuite elle se plaignit d'un point de côté accompagné de toux et de fièvre. Elle fut alors saignée, ce qui diminua la fièvre et dissipa la douleur de côté.

Le 12, la fièvre augmenta beaucoup ; la douleur, qui n'avait jamais cessé dans l'endroit marqué, devint générale dans tout le ventre.

Je vis la malade pour la première fois dans la nuit du 12 au 13. Le pouls plein, fort et dur, battait au-delà de cent trente fois par minute. J'ordonnai une saignée sur le moment : il était trois heures du matin. On en fit deux autres dans le jour. La saignée fut répétée les deux ou trois jours suivants ; en sorte qu'en comptant une saignée faite pendant le travail d'enfant, elle fut saignée abondamment sept ou huit fois, en un mot, autant qu'elle put le supporter, sans que la fièvre diminuât beaucoup. Mais la grande diminution de la partie rouge dans le sang tiré, la faiblesse de la malade, et des mouvements spasmodiques assez alarmants, empêchèrent de saigner davantage. La douleur générale et la tension du ventre cessèrent ; mais l'endroit affecté dès le commencement continua à être douloureux au toucher, et l'on y sentait toujours une dureté. Enfin, au moyen d'un usage suivi du nitre, du camphre, du quinquina, etc., la fièvre diminua, et la malade était assez bien : elle reprit même des forces et de l'appétit ; mais la fièvre ne cessa point, et le pouls, quoique peu élevé, n'était jamais au-dessous de cent vingt : le plus souvent, il était à cent trente et au-delà. Les lochies avaient eu leur cours ordinaire. Peu à peu la dureté et la douleur s'accrurent, et l'on sentit manifestement au côté droit inférieur du ventre une tumeur semblable à la tête d'un enfant ; la fièvre augmenta constamment ; les sueurs, les angoisses, les douleurs, l'insomnie, affaiblirent et épuisèrent la malade. En vain l'on employa un grand nombre de remèdes, tant intérieurement qu'extérieurement, il survint, les derniers jours, des symptômes de tétanos de la mâchoire, et elle mourut neuf semaines après l'accouchement.

A l'ouverture du cadavre, on trouva la matrice parfaitement saine et réduite à son volume ordinaire ; mais il y avait à la partie droite inférieure du bas-ventre une tumeur de forme irrégulièrement sphérique, remplissant presque tout l'espace entre les os des îles et le pubis. Cette tumeur était composée des membranes de l'omentum et du péritoine, et de différentes parties des intestins qui paraissaient avoir été attirées comme par force dans cet endroit; de sorte que la partie du colon qui aurait dû être située sous le ventricule, formant un angle extrêmement aigu, était descendue jusqu'à la tumeur et

(1) Puzos.
(2) Journal de méd. (1755).

(1) Delaroche. Loc. cit.

y avait contracté une adhérence. Toutes ces parties étaient tellement collées les unes aux autres, qu'on ne pouvait les séparer qu'en les déchirant. Les différentes cellules qui formaient la tumeur étaient pleines de pus contenu dans des membranes durcies et épaissies, mais qui avaient souffert en quelques endroits une corrosion telle, qu'en peu de temps les muscles du bas-ventre ou les intestins auraient été percés. Ces cellules ne communiquaient pas entre elles. Au milieu de la tumeur, on remarquait une tumeur particulière, de la grosseur d'un œuf de pigeon, formée par l'ovaire considérablement durci et augmenté dans son volume, contenant aussi du pus. Le reste du corps était sain.

Exemple d'abcès intra-péritonéal et d'ovarite terminés par suppuration. Notons : 1° la cause, qui consista dans la difficulté de l'accouchement et les tractions effectuées par l'accoucheur sur le placenta ; 2° l'accident qui termina la série des symptômes, le tétanos. Il n'est pas besoin d'insister, pensons-nous, sur la première de ces circonstances. Le rapport de causalité est parfaitement établi ; rien de plus clair. Le traitement fut habile, malheureusement tardif; Delaroche le dit lui-même dans la courte relation d'un fait semblable, quant à la cause, mais qui eut une meilleure issue, parce qu'on put « commencer à saigner plus tôt, et assez pour que la fièvre diminuât beaucoup. »

Obs. XII. — *Fièvre puerpérale, suivie d'un épanchement dans l'abdomen et d'un dépôt énorme* (1).—Madame la vicomtesse de R***, grande, et bien portante, devint grosse pour la première fois à l'âge de 24 ans. Accouchement le 4 avril 1785, trois semaines après le terme attendu. Le travail dura 5 jours, ce qui fut attribué à un œdème rénitent du vagin et des grandes lèvres. L'enfant sortit néanmoins en très-bon état : délivrance normale ; lochies peu abondantes ; tranquillité et sommeil paisible pendant 15 heures ; mais on la gorgea d'un bouillon succulent, et on lui fit un tableau effrayant des dangers qu'elle avait courus. Bientôt après, tranchées utérines; douleur excessive à l'hypogastre. (Fomentations et lavements émollients; boissons adoucissantes; potions mielleuses; diète.)

Six heures après le début des tranchées, fièvre intense. Ces accidents durèrent six heures avec autant de violence. Le gonflement de l'hypogastre s'accrut pendant la nuit; il s'étendait de proche en proche sur le reste du bas-ventre. Une saignée copieuse fut suivie d'une diminution sensible de tous les accidents.

Quoique l'abdomen perdît tous les jours de sa chaleur et de sa sensibilité, il resta aussi gonflé et aussi tendu que dans le fort de l'inflammation. Selles libres; urines claires et faciles. Redoublement tous les soirs.

La malade avait maigri, une fièvre hectique minait ses forces : dégoût général; vomissements glaireux; angoisses inexprimables.

Au treizième jour, à l'examen du ventre, on trouva les signes d'une fluctuation générale, comme dans l'ascite. Les diurétiques et lenitifs furent employés en vain. Ponction avec le trois-quarts au lieu d'élection. Il sortit par la canule six livres d'un liquide épais, visqueux et fétide. Un fluide gazeux, qui pouvait égaler le volume du liquide, sortit pêle-mêle avec lui en grosses bulles. Pendant l'opération, des grumeaux caséeux obstruaient souvent la canule; il fallait alors les repousser dans l'intérieur avec une sonde boutonnée. Le bas-ventre, quoique devenu souple, conservait un volume au-dessus du naturel; on pouvait le comprimer sans causer de douleur. Après la paracentèse, cessation des symptômes, calme pendant quatre jours. Le bas-ventre recommence à devenir douloureux et à se gonfler. Douleur fixe au nombril qui s'accrut peu à peu. Vésicatoire sur le haut de la cuisse qui amena une fièvre vive. Bas-ventre plus tendu, plus douloureux, plus volumineux ; cardialgie ; vomissements bilieux ; élancements continuels au nombril, avec rougeur et dureté ; il s'y forma une petite tumeur isolée, du volume d'un haricot. Quatre jours après, les téguments de l'abdomen qui n'étaient pas infiltrés s'épaissirent et s'empâtèrent, en commençant autour de la petite tumeur ombilicale. Malgré l'infiltration, on sentit une fluctuation plus sourde que celle du premier épanchement. On appliqua des topiques maturatifs, et on soutint les forces. Le huitième jour après la ponction, pouls d'une petitesse et d'une fréquence extrêmes ; face hippocratique ; frissons. Cet état dura quatre jours et quatre nuits, après lesquels le pouls devint moins fréquent, moins faible. Le tubercule ombilical atteignit le volume d'une noisette; on vit qu'il était plein de liquide, et on lui fit une petite ouverture avec la lancette. L'abcès fut ouvert avec peine et craquement, et il ne sortit qu'environ un verre de pus séro-laiteux; ce qui fit voir que la matière appartenait à une collection distincte du péritoine; la sonde ne pénétra pas dans le péritoine.

Au quatrième jour après l'incision du nombril, le péritoine s'ouvrit tout à coup; une matière épaisse, grisâtre, et chargée d'une grande quantité de flocons mollasses et graisseux, coula à flots pendant un quart d'heure; son odeur était fétide et cadavéreuse. L'écoulement recommença le lendemain; il sortit encore quelques livres d'un fluide bourbeux et putride. Ce grand dépôt abdominal se vida en cinq à six jours par des effusions partielles. Le bas-ventre s'affaissa, et il ne resta qu'une fistule au nombril, qui se ferma plusieurs fois et occasionna en divers temps des accidents fâcheux, avant la cicatrisation complète qui eut lieu au bout de six mois. Depuis ce temps, madame de R*** a joui d'une santé très-passable, mais n'est plus devenue enceinte.

Observation de péritonite que nous avons voulu rapporter en raison de son importance, et aussi parce qu'elle nous fournit l'occasion de citer un fait analogue de la pratique de M. le professeur Dubois, qui nous a été communiqué par M. Depaul : Une femme, après avoir éprouvé des accidents violents de métro-péritonite, suite de couches, était tombée dans un état d'affaiblissement extrême ; on la croyait vouée à une mort inévitable et prochaine. M. P. Dubois, appelé en consultation, constata une extrême tension du ventre, plus, une petite tumeur fluctuante à l'aine, qu'il se décida à ouvrir. Une énorme quantité de liquide se fit jour par l'incision. Le ventre s'affaissa. L'écoulement continua pendant plusieurs

(1) Pujol. Journ. de méd. 1789.

jours, la malade revint graduellement à la santé. Ici encore il y avait probablement un épanchement et non un abcès. Mais d'abord qu'est-ce qu'un épanchement, sinon un vaste abcès? Et ensuite de tels faits sont trop utiles à connaître, on est trop heureux d'avoir à les enregistrer, pour que l'on doive craindre de leur donner place, alors même qu'ils ne se rapportent pas précisément au sujet traité.

Obs. XIII. — *Vaste collection purulente suite de couches ; paracentèse, puis ouverture spontanée ; guérison* (1). — Une femme heureusement accouchée, et qui allaitait son enfant, fut saisie, au huitième jour, d'une fièvre accompagnée de plusieurs autres accidents, tels que diarrhée laiteuse et vomissements de matières vertes. Presque aussitôt les seins se flétrirent; le bas-ventre devint douloureux et se météorisa : les moyens employés n'eurent pas d'efficacité. Quatorze jours après l'invasion de la maladie, il y avait peu de fièvre, mais le bas-ventre était prodigieusement gonflé, surtout vers la région épigastrique, et la fluctuation était très-sensible. M. Lepelletier, médecin de l'Ile-Jourdain, en Poitou, appelé auprès de la malade, propose de pratiquer une ouverture à cette tumeur, comme on le fait dans l'hydropisie. L'opération ayant été adoptée et exécutée, il sortit par la canule du trois-quarts une liqueur qui avait conservé toutes les qualités apparentes du lait, et qui était équivalente à plus de six pintes. Peu de jours après, les mamelles ayant commencé a se remplir, on conseilla à cette femme de nourrir, ou de prendre des remèdes propres à détourner l'humeur laiteuse. N'ayant voulu faire ni l'un ni l'autre, elle essuya, huit jours après, une nouvelle fièvre, accompagnée de vomissements, et il lui survint en même temps une tumeur au nombril, qui s'abcéda d'elle-même, et d'où il sortit un peu laiteux. Ce dépôt n'ayant pas encore épuisé la matière laiteuse, la malade est restée pendant plusieurs mois dans un état de langueur qui n'a été terminé que par l'éruption d'une infinité de boutons sur tout le corps, parmi lesquels plusieurs ont suppuré.

Il se fit une éruption. Laissons-nous ramener par les faits à la notion de ces phénomènes critiques dont les esprits sont en quelque sorte déshabitués, tant la médecine contemporaine a profondément subi l'influence du solidisme ! Mais s'agissait-il, dans le cas qui vient d'être rapporté, d'un abcès ou d'un épanchement ? question nécessairement insoluble, qui s'est présentée à nous tout à l'heure et au sujet d'autres faits analogues, toujours utiles à connaître, ne fût-ce que comme éléments d'un problème à élucider. L'ouverture de l'abdomen ne s'étant pas maintenue, le pus nouvellement formé se fit jour à travers l'ombilic.

Obs. XIV. — *Dépôt au bas-ventre, suite de couches ; traitement par les vomitifs ; ouverture spontanée de l'abcès ; guérison* (2). — Une jeune femme accoucha, après avoir, depuis dix ou douze jours, été en proie aux plus vives inquiétudes, et surtout après avoir éprouvé la plus grande frayeur le 14 juillet, en apprenant que son mari était dans les environs de la Bastille, au moment où l'on faisait le siége de cette forteresse. Les suites de la couche furent tout à fait irrégulières. Le lait ne monta point aux mamelles. Je fus appelé le sixième jour : fièvre vive ; pouls plus serré et plus fréquent que fort ; respiration fort gênée ; visage rouge ; ventre extrêmement gonflé ; peau sèche; mamelles flasques ; pas de repos depuis quelques jours. La tuméfaction de l'abdomen était plus remarquable à gauche qu'à droite, et l'on ne pouvait y porter la main sans faire éprouver à la malade les plus grandes douleurs ; bouche fétide ; langue très-chargée. Le premier vomitif n'ayant pas eu d'effet sensible, j'en prescrivis un nouveau en mêlant un grain de tartre stibié avec vingt grains d'ipécacuanha, dont l'effet fut très-considérable. Les douleurs et les anxiétés de la malade en furent diminuées. J'observai qu'elle n'était jamais mieux que lorsqu'elle avait vomi, ou tout au moins fait des efforts pour vomir; ce que le kermès produisait quand on en rapprochait les doses. Peu à peu la tuméfaction et la sensibilité du ventre diminuèrent. Dans le cours de la troisième semaine, elle entra en convalescence ; mais le ventre était toujours plus élevé qu'il ne devait l'être à la région hypogastrique (bouillon d'herbes ; sel d'epsom). Bientôt l'élevation du ventre devint plus sensible entre l'ombilic et la crête de l'os des îles du côté droit. A cinq semaines, la tumeur était fort éminente ; il y avait une fièvre d'irritation ; la chaleur et la pulsation locale annoncèrent la maturité de l'abcès. On attendait le moment de l'ouvrir, lorsqu'il perça spontanément : il en sortit une grande quantité de matière laiteuse et puriforme ; l'ouverture fut trois semaines à se refermer. La fièvre ne tarda pas à disparaître ; mais il survint des sueurs laiteuses qui durèrent pendant assez longtemps. Peu de temps après être guérie, cette femme est devenue grosse, et a fait une fausse couche au quatrième mois.

Emotion morale vive ; inflammation qui semble se généraliser; traitement hyposthénisant. La malade n'est jamais mieux que lorsqu'elle vomit, ou a seulement des nausées ; ce qui prouve que l'effet produit par le médicament est purement dynamique. Sous l'influence de ce traitement, la maladie se restreint et se localise ; l'abcès s'ouvre de lui-même. Notons la fausse couche peu de temps après la guérison.

Obs. XV. — *Dépôt, suite de couches ; ouverture artificielle par la région lombaire ; guérison* (1). — En 1781, une nourrice de l'hospice de Vaugirard, âgée de 18 à 19 ans, éprouva, le dixième jour de sa couche, une suppression du lait, qui s'était porté jusqu'alors à ses mamelles, et fut saisie d'une fièvre puerpérale qui, n'ayant pu se guérir dans les premiers jours par résolution, fut terminée par une tumeur considérable, avec fluctuation, dans la région iliaque droite. Au bout d'un mois, cette tumeur était à moitié dissipée ; l'humeur laiteuse résorbée s'était portée à la peau, sous la forme d'une éruption miliaire; les urines étaient blanches et annonçaient qu'une partie de cette humeur se détournait par cette voie. Une nouvelle imprudence arrêta ce mouvement critique : la tumeur augmenta de nouveau;

(1) Doulcet. Journ. de méd., t. LXIII.
(2) Doublet. Recherches sur la fièvre puerpérale.

(1) Doublet.

son volume étant devenu beaucoup plus considérable qu'auparavant, elle fut ouverte, trois mois après la couche, dans la région lombaire, ce qui donna issue à une quantité considérable de pus laiteux : cette opération sauva la vie à la malade ; mais la guérison ne fut pas prompte. Un mois après l'opération, cette femme était encore, en apparence, au dernier degré de la fièvre lente et du marasme : peu à peu les forces se sont ranimées, le foyer s'est dégorgé, et la fièvre a diminué de jour en jour. Au bout de deux mois, la malade se levait; mais la cuisse et la jambe du côté affecté étaient dans une sorte de paralysie qui s'est dissipée en peu de temps. Il est bon d'observer que les urines ont toujours été laiteuses, qu'elles le sont devenues davantage à l'époque où la maladie a pris une marche favorable, et qu'il s'y est joint plusieurs fois une éruption de boutons rouges et farineux.

Il paraît qu'il y eut une imprudence ; Doublet ne dit pas laquelle. Une tumeur se développa : la nature travaillait à la résoudre; nouvelle imprudence : alors l'abcès se déclara, et on l'ouvrit par un procédé sur lequel M. Barthélemy, notre collègue et ami, a spécialement insisté (1). Il est impossible de ne pas accorder d'importance à l'éruption et à l'état des urines. Le membre inférieur fut impotent pendant quelque temps après le traitement.

Obs. XVI.—*Fistule, suite d'abcès du bassin ; nouvelle grossesse ; guérison* (2). — Une femme de vingt-deux ans, lymphatique, eut, à la suite de son premier accouchement, qui avait été long et laborieux, un abcès énorme à l'hypogastre, qui s'ouvrit immédiatement au-dessous de l'ombilic. L'ouverture resta fistuleuse. Une sonde conduite dans la fistule me fit connaître que son fond correspondait immédiatement au-dessus de la symphyse du pubis, et je jugeai dès-lors que, pour la guérir, il convenait de faire une contre-ouverture dans cet endroit. Je la fis, et donnai à l'incision une étendue d'un pouce et demi. Une bandelette de linge fut poussée dans le trajet fistuleux, et, à chaque pansement, tirée de haut en bas. Au bout de huit jours, je supprimai cette bandelette. L'ouverture supérieure ne tarda pas à se cicatriser ; mais l'inférieure resta fistuleuse. Je compris que, pour procurer la réunion des parois de cette fistule, il fallait les appliquer l'une contre l'autre par une compression permanente; mais comme la paroi du ventre était lâche, et que d'ailleurs les viscères abdominaux n'offraient presque aucun point d'appui, cette compression ne pouvait pas être exercée de devant en arrière. Je pensai que si la malade avait une seconde grossesse, la compression que la matrice exerce de derrière en devant sur la paroi abdominale, à l'époque de la gestation où elle s'élève au-dessus du détroit supérieur du bassin, pourrait produire l'effet désiré et amener la guérison de la fistule. Je fis part de mes réflexions à la malade. Elle me crut, et devint enceinte ; avant la fin du sixième mois, la fistule était solidement cicatrisée.

On ne peut qu'admirer la sagacité avec laquelle l'indication chirurgicale fut saisie dans ce cas.

(1) Annales de chirurgie, t. II, p. 288 et suiv.
(2) Boyer, Traité des maladies chir.

Obs. XVII.—*Engorgement et tuméfaction du ligament sus-pubien gauche à la suite d'accouchement, terminé par résolution lors de l'apparition des règles* (1). — Une jeune femme bien constituée, relevée de couches depuis cinq semaines, n'éprouve d'autre accident à la suite de son accouchement qu'une douleur légère avec pesanteur dans l'aine et la fosse iliaque gauches ; elle continue à vaquer à ses occupations, mais la douleur augmente lorsqu'elle fait de grands mouvements. Elle entre à l'hôpital. Nous la trouvons sans fièvre, sans malaise général, mais présentant un engorgement allongé, du volume d'un gros œuf, qui s'étendait un peu obliquement de la fosse iliaque gauche vers l'aine du même côté, et paraissait situé immédiatement sous la paroi abdominale : la pression sur cette tumeur est peu douloureuse, le reste du ventre est souple et indolent. (Trente sangsues appliquées sur cet engorgement diminuent la douleur, mais ne produisent aucun changement dans son volume.)

Les jours suivants, l'engorgement reste stationnaire ; douleur à la pression. (Bains et lavements, on applique des cataplasmes émollients.)

Au douzième jour, les règles paraissent pour la première fois depuis l'accouchement, et sont suivies d'une notable diminution dans le volume de la tumeur. Au quinzième, les règles continuent encore. La tumeur a disparu en entier au dix-huitième jour.

Il faut remarquer dans ce fait : 1° le siége, probablement dans le ligament sus-pubien, comme l'indique le titre de l'observation ; 2° la bénignité des symptômes; 3° enfin, la disparition de la tumeur à la suite du rétablissement des règles.

Obs. XVIII.—*Vaste collection purulente, suite de couches, occupant le bassin, la fosse iliaque gauche et la partie supérieure de la cuisse, ouverte spontanément dans la vessie ; guérison* (2). — Une jeune fille âgée de vingt-trois ans, domestique, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 6 juillet 1819. Jusqu'alors bonne santé ; grossesse sans accident ; accouchement naturel d'un premier enfant. Peu de jours après l'accouchement, frisson général, suivi de chaleur et de fièvre; engourdissement dans la cuisse et la jambe gauches. Bientôt des douleurs se firent sentir dans la profondeur du bassin ; elles devinrent continuelles, et tellement violentes, que la malade fut entièrement privée de sommeil. Frissons irréguliers entremêlés de fièvre, soif vive, constipation opiniâtre, dysurie portée jusqu'à la rétention complète ; empâtement dans la fosse iliaque gauche ; tumeur dure, non fluctuante, que l'on suppose développée dans l'ovaire du même côté. Une saignée, des bains, des émollients, furent employés sans succès. La fièvre et les douleurs persistèrent, et à la constipation succéda un dévoiement qui jeta la malade dans une extrême faiblesse. Dépérissement, face pâle, jaunâtre ; yeux ternes et caves ; peau sèche, terreuse ; voix faible ; fièvre continue avec redoublement le soir ; diarrhée abondante ; dans la fosse iliaque gauche, large tuméfaction fluctuante, paraissant soulever l'arcade crurale, accompagnée d'œdème et de rétraction de la cuisse, dont les

(1) Husson et Dance, Répertoire d'anatomie de M. Breschet.
(2) Ibid.

mouvements sont douloureux et l'extension impossible. (Cataplasmes émollients, eau de riz, cachou.)

Au cinquième jour, la malade rend avec les urines une matière purulente très-abondante. Cette évacuation se prolonge pendant une douzaine de jours. La tuméfaction de la fosse iliaque diminue en proportion, et disparaît; les douleurs et la diarrhée cessent, la fièvre se modère, l'appétit revient. Plus tard, un point de fluctuation se montre en haut et en avant de la cuisse gauche. M. Dupuytren en fait l'ouverture : une suppuration abondante s'en écoule et fait bientôt place à un fluide séreux. Enfin, la plaie se cicatrise, et la malade sort de l'hôpital parfaitement guérie, après trois mois de traitement.

Cet abcès était-il dans l'ovaire, comme les auteurs l'ont supposé? Cela est fort douteux. Notons qu'il y eut de la constipation, puis de la diarrhée : ces faits nous serviront. Notons aussi que le passage du pus dans la vessie ne donna lieu à aucun symptôme d'irritation dans cette dernière.

Obs. XIX. — *Accouchement avant terme ; rupture du cordon ombilical; enkystement momentane du placenta ; inflammation du tissu cellulaire du bassin et de celui qui tapisse la fosse iliaque gauche ; formation d'une vaste collection purulente dans cette dernière région ; issue de la matière purulente par une ouverture qui s'est formée dans les parois du col de l'utérus ; fièvre hectique et mort* (1). — Une jeune fille, enceinte de sept mois, fut prise subitement de douleurs d'enfantement tellement pressantes qu'elle accoucha à l'entrée de l'hôpital. Le cordon se rompit près du placenta, qui se trouvait comme enkysté. Des tractions assez multipliées furent faites sur les membranes pour opérer la délivrance, mais elles furent sans résultat. (Bain de siége.) Peu de temps après, le placenta sortit.

Au cinquième jour, et à la suite de coliques assez fortes, le pouls s'accélère, les lochies se suspendent. (Quinze sangsues à la vulve.)

Au sixième, l'hypogastre devient sensible à la pression, les mouvements du tronc sont douloureux, le pouls est petit et contracté. (Saignée, demi-bain, cataplasme.)

Au septième, toute la partie du ventre située au-dessous de l'ombilic est le siége d'une tension douloureuse et d'un gonflement qui s'étend dans les fosses iliaques, mais plus particulièrement à gauche (Trente sangsues.)

Les jours suivants, nouvelle application de sangsues; moins de fièvre; douleurs abdominales moindres; la tuméfaction de la fosse iliaque gauche est plus considérable et paraît s'étendre jusque dans la région rénale : d'abord assez dure, elle finit par présenter une fluctuation évidente.

Au vingt-neuvième jour, nous trouvons les alèses sur lesquelles reposait la malade couvertes d'une matière purulente abondante; en même temps la fosse iliaque gauche forme une saillie moins considérable. Des recherches faites dans le vagin n'indiquent point qu'il a été perforé par la suppuration.

Les jours suivants, une matière purulente assez abondante continue à s'évacuer par le vagin.

Pendant un mois entier cet écoulement continue; amaigrissement.

Vers le commencement du troisième mois, le pouls reprend de la fréquence; la maigreur a fait des progrès; mort au soixante-huitième jour depuis l'accouchement.

Autopsie. — Dans la fosse iliaque gauche existe un vaste foyer à moitié rempli par un pus verdâtre et fétide, limité en haut par l'extrémité du psoas et du rein gauche, s'étendant en bas jusque dans le petit bassin entre les ligaments larges de l'utérus, formé en arrière par les muscles psoas et iliaques dont les fibres sont comme disséquées par la suppuration; parcouru enfin par quelques rameaux nerveux venant du plexus lombaire : sa cavité était d'un gris-noirâtre et tapissée par une membrane pseudo-muqueuse. Le vagin ne présentait aucune perforation; mais à cinq lignes au-dessus de l'extrémité inférieure du col de la matrice, on voyait une ouverture arrondie et noirâtre de 3 lignes de diamètre, dans laquelle il nous a été facile d'insinuer une sonde qui a pénétré par des ramifications détournées jusque dans le foyer purulent. La matrice était entierement revenue à son volume naturel et n'a présenté d'autre altération qu'une rougeur très-vive dans la partie de son col située au-dessous de la perforation : cette rougeur se prolongeait dans le vagin qui était encore imprégné de pus; du reste, des adherences assez nombreuses unissaient la vessie à la matrice, et celle-ci au rectum, mais il n'y avait aucun épanchement dans la cavité du péritoine.

« L'évacuation de la matière purulente à travers les parois du col utérin est un fait d'anatomie pathologique très-intéressant. » Les auteurs de l'observation ont raison de le faire remarquer. Il est probable, d'après eux, que l'inflammation a débuté par le tissu cellulaire des ligaments larges et s'est étendue secondairement dans les régions iliaque et lombaire. N'oublions pas ce qui est relatif à la cause : accouchement brusque, rupture du cordon, rétention du placenta, manœuvres pénibles.

Obs. XX. — *Affection de l'ovaire pendant la grossesse, suivie de mort* (1). — Mademoiselle M..., âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament éminemment lymphatique, entra à la Maison de Santé le neuvième jour de ses couches, qu'elle avait faites à l'hospice de la Maternité. L'accouchement naturel et prompt, qui avait eu lieu au commencement du huitième mois de la grossesse, avait été suivi de douleurs vives dans le côté gauche de l'abdomen. Ces douleurs étaient accompagnées de fièvre et de difficulté d'uriner. Le point douloureux était resté tuméfié après l'accouchement, depuis la région hypogastrique jusqu'a la fosse iliaque gauche. Le traitement antiphlogistique mis en usage à l'hôpital où cette fille était accouchée, avait eu quelque apparence de succès. Cependant les douleurs n'ayant pas entièrement cessé, cette jeune fille vint à pied de la rue de la Bourbe à la Maison de Santé, distance de près d'une lieue, le 5 mai 1824.

La longue course que venait de faire la malade réveilla la douleur du côté gauche. La région affectée était d'une sensibilité si grande qu'il fut impos-

(1) Husson et Dance.

(1) Ve Boivin, Recherches sur une des causes, etc.

sible d'explorer exactement les parties pour obtenir des résultats positifs sur le siége et la nature des douleurs abdominales. On fit une application de vingt sangsues, que l'on réitéra deux fois en trois jours. Les fomentations, les cataplasmes émollients, les bains de siége, les lavements, amenèrent un mieux sensible. Le cinquième jour, la malade sortit à pied pour aller dîner en ville. Cette imprudence rappela encore une fois tous les accidents précédents; la douleur se propagea avec une rapidité extrême dans toute l'étendue de l'abdomen jusqu'à la poitrine. C'est en vain que l'on eut recours à de nouvelles saignées; la malade succomba le dixième jour de son entrée, et le dix-neuvième de son accouchement.

Autopsie. — Abdomen : Epanchement séreux jaunâtre, épaississement considérable du bord inférieur de l'epiploon, adhérence de ce sac membraneux avec l'arc du colon, rectum adhérent dans toute sa paroi postérieure avec la face interne du sacrum. L'ovaire gauche, du volume de deux poings d'un adulte, occupait la région hypogastrique, de manière à laisser croire au premier aperçu que c'était la vessie qui était restée développée à un certain degré ; sa surface extérieure était d'un blanc rosé, couverte de nombreux vaisseaux fins et déliés, d'un beau rouge-vermillon. La région inférieure de l'ovaire était adhérente à la paroi latérale gauche de la cavité du bassin.

Ce kyste, formé par la totalité de l'ovaire, était rempli d'une matière puriforme, épaisse, et d'un paquet de poils roux formant masse avec une substance adipocireuse du volume d'un gros œuf. Le sommet du kyste regardait le côté droit de l'abdomen.

Voici l'opinion que l'on peut se former sur la pathogénie de ce cas : kyste pileux de l'ovaire ; grossesse, échauffement du kyste, en raison de l'état congestif des organes intra-pelviens dans la grossesse; suppuration. Le kyste, en se développant, gêne à son tour l'utérus, et la femme accouche à huit mois.

Obs. XXI. — *Abcès intra-pelvien, suite de couches, ouvert par le rectum* (1). — D..., de 34 ans, vint à la Maison de Santé pour s'y faire traiter d'une tumeur de l'abdomen accompagnée de perte de sang et de douleurs. D'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, elle avait toujours joui d'une bonne santé, à la constipation près : depuis longtemps elle n'allait à la garderobe qu'à force de lavements. Depuis l'âge de 32 ans, elle eut une cinquième grossesse, qui parcourut presque toutes ses périodes, quoiqu'il s'y joignît une perte de sang. Cette femme resta souffrante encore longtemps après ses couches. Le cours des règles fut tout à fait dérangé pendant près d'une année : c'était pour ainsi dire des hémorrhagies qui reparaissaient tous les quinze à vingt jours, avec une douleur profonde dans la fosse iliaque gauche. A cette douleur succéda un développement de la région hypogastrique ; les règles cessèrent ; la malade se crut encore enceinte. En effet, à la suite de contractions douloureuses de la matrice, elle rendit une masse charnue, renfermant un embryon d'environ quatre mois. Les pertes utérines reparurent ; l'abdomen prit en même temps plus d'extension ; l'éjection de l'urine et des matières fécales devenait de plus en plus difficile et douloureuse ; on avait souvent recours aux lavements, au cathétérisme, aux bains de siége, pour faciliter la déplétion de la vessie et du rectum.

Un jour que la malade faisait de violents efforts pour aller à la garderobe, elle rendit tout à coup par l'anus environ une pinte de matière d'un blanc-jaunâtre, de consistance de bouillie épaisse. La tumeur sus-pubienne était sensiblement diminuée après cette évacuation ; depuis, l'éjection de l'urine s'opérait librement, ainsi que les évacuations alvines, qui se trouvaient encore mêlées de pus en assez grande quantité.

L'exploration de l'abdomen, la dépression de ses parois en différents sens, n'accusent ni tuméfaction ni douleurs, mais seulement un peu de sensibilité à gauche.

Depuis l'ouverture de l'abcès dans le rectum, les douleurs de cette dame ont cessé. L'ennui l'ayant prise à la Maison, cette femme en sortit pour retourner chez elle.

L'étiologie de ce cas est obscure. Il est supposable, néanmoins, que la constipation a influé sur le développement de l'abcès. Celui-ci s'ouvrit spontanément pendant des efforts pour aller à la selle : circonstance notable.

Obs. XXII. — *Abcès intra-péritonéal, suite de couches, pris pour une névralgie ; péritonite ; mort ; autopsie* (1). — Une jeune femme, à la suite d'un premier accouchement, était restée atteinte d'une douleur qui avait son siége dans l'hypogastre, derrière les os du pubis, et qui se manifestait d'une manière intermittente, à l'instar d'une névralgie. Elle devenait lancinante et vive jusqu'à faire crier la malade, et se propageait, comme par irradiation, vers le col utérin, en haut, vers les parois abdominales, et, en arrière, dans la région lombaire, où la malade disait ressentir des douleurs semblables à celles qui existent à une certaine époque du travail de l'enfantement. Tel fut le récit qui nous fut fait par la malade lorsqu'elle entra à la Charité. Cette affection, telle que je viens de la décrire, ne ressemblait-t-elle pas à une névralgie ? Mais lorsqu'elle fut soumise à notre observation, elle n'était plus dans cet état de simplicité. Depuis un mois, la douleur était devenue continue ; elle était d'ailleurs moins intense que lorsqu'elle n'existait que par intervalles. La pression de l'hypogastre était douloureuse ; le reste du ventre était souple et indolent. Il y avait un amaigrissement notable, une petite fièvre continue, des sueurs fréquentes. Il n'était que trop évident que la maladie ne consistait pas dans une simple névralgie. Nous pensâmes qu'il existait une affection chronique d'un des ovaires, ou d'une des portions du péritoine qui les entourent. (Sangsues, fomentations émollientes et narcotiques sur l'hypogastre.) Même état, à peu près, pendant les quinze jours suivants ; puis une diarrhée abondante s'établit. L'abdomen, dans sa totalité, devint tendu et

(1) Vᵉ Boivin.

(1) Andral. Clin. méd.

douloureux; la malade s'affaiblit rapidement et succomba.

L'ouverture du cadavre montra, dans le péritoine, les traces d'une inflammation aiguë récente (sérosité trouble avec mélange de flocons fibrineux amorphes). La plus grande partie de la surface interne du gros intestin, ainsi que celle de la fin de l'intestin grêle, étaient vivement injectées. Mais quelle était la cause de l'ancienne douleur hypogastrique? Nous la trouvâmes dans une tumeur du volume d'une petite orange, située profondément dans l'excavation du bassin; elle y était disposée de manière que sa moitié droite était interposée entre le corps de l'utérus et le rectum, tandis que sa moitié gauche, cachée en avant par le ligament large, dépassait latéralement ces deux organes. Cette tumeur contenait une cavité séparée en plusieurs loges incomplètes, dans chacune desquelles existait un liquide purulent. Ses parois étaient constituées par de fausses membranes superposées. L'utérus, les ovaires, le rectum et la vessie ne présentèrent aucune altération appréciable.

Souvenons-nous qu'un abcès intra-pelvien peut donner lieu à des symptômes intermittents.

Obs. XXIII. — *Abcès intra-péritonéaux, suite de couches; infection purulente; mort* (1). — Une femme mourut à la Charité peu de temps après être accouchée. Le travail avait été extrêmement laborieux. Pendant son séjour à l'hôpital, elle nous offrit deux périodes dans son état. La première fut caractérisée par des douleurs sourdes dans l'hypogastre, une fièvre continue avec des sueurs abondantes chaque nuit, un dépérissement assez rapide. La seconde période fut marquée par une prostration qui ne s'établit pas graduellement, par une altération subite des traits de la face, un demi-délire et une abondante diarrhée. Cette seconde période fut courte, et la mort la suivit bientôt.

A l'ouverture du cadavre, on trouva les lésions suivantes : 1° un état d'engorgement, de ramollissement très-marqué du tissu de l'utérus; 2° autour de cet organe, plusieurs collections purulentes renfermées dans des loges dont les parois étaient constituées par de fausses membranes entrecroisées en sens différents; 3° un peu de sérosité légèrement trouble, épanchée dans le reste du péritoine; 4° une injection vive à la fin de l'iléon, au cœcum, et au commencement du colon; 5° une lésion plus rare, sur laquelle j'appelle surtout en ce moment l'attention : un grand nombre de veines situées dans l'excavation du bassin nous frappèrent par leur état de distension; elles étaient remplies par un sang coagulé, auquel était mêlé, sous forme de gouttelettes éparses, un liquide blanchâtre, que les personnes qui assistaient à l'autopsie comparèrent à du pus; les parois mêmes de ces veines n'offrirent aucune altération appréciable. Le sang contenu dans la veine iliaque et dans la veine cave inférieure avait le même aspect. On ne trouva plus rien de semblable dans la cavité droite du cœur ni dans le reste de l'appareil circulatoire. Mais en incisant le poumon droit, qui, vu extérieurement, paraissait très-sain, on trouva en trois points son parenchyme refoulé par des collections de pus occupant une espace qui, pour deux d'entre elles, aurait pu contenir une noix, et pour la troisième une noisette. Autour de ces abcès, le parenchyme pulmonaire ne présentait aucune altération appréciable. Dans le foie, on trouva un autre abcès, qui, comme ceux du poumon, existait sans lésion du parenchyme autour de lui. Enfin, dans le cerveau, au niveau et en dehors d'une des couches optiques, on rencontra encore un foyer de pus de la grandeur d'une grosse noisette, et que n'accompagnait aucune injection, aucun ramollissement de la substance cérébrale environnante.

Ce fait est des plus remarquables. D'abord il nous offre, comme plusieurs des précédents, un exemple d'abcès intra-péritonéaux, suite de couches. Ensuite, on y voit une péritonite purulente partielle donner lieu à la pyohémie et à des abcès *métastatiques* jusque dans le cerveau.

Obs. XXIV. — *Péritonite et phlébite puerpérales avec formation, dans la fosse iliaque, d'un abcès qui s'ouvrit par le vagin* (1). — Une femme de trente ans, d'un tempérament sanguin nerveux, était parvenue au terme d'une seconde grossesse, qui n'avait rien offert de remarquable. L'enfant, situé en travers, la tête à gauche et le visage en avant, présentait le bras gauche; on pratiqua la version. La main pénétra avec quelque difficulté jusque dans la cavité utérine : un des pieds était déjà saisi et l'autre allait l'être, lorsque la femme se mit à crier et fit de grands mouvements qui forcèrent l'accoucheur à retirer la main. Il prescrivit un bain et attendit. On fit une seconde tentative : la malade fut encore plus indocile que la première fois; il fut impossible de la contenir; un consultant essaya, et fut obligé aussi de s'arrêter. (Saignée du bras.) Il y avait trente heures que le travail était commencé. On fit venir un troisième médecin. La malade, accablée par les douleurs, modéra enfin ses mouvements, et l'on put amener l'enfant, qui était mort. La délivrance n'offrit rien de particulier.

Le premier jour et une partie du suivant, il n'y eut aucun accident; les lochies coulèrent modérément; l'accouchée se trouva bien; mais, environ trente-six heures après l'accouchement, elle se plaignit d'une douleur vive dans le *flanc droit et à la région iliaque* de ce côté; malaise général; frissons.

Le lendemain, fièvre; ventre douloureux et tendu *du côté droit;* mamelles affaissées. (Saignées du bras; sangsues sur le ventre; fomentations émollientes.) Le 28 juillet : douleur aiguë dans le ventre, et spécialement dans les régions lombaire et iliaque *droites;* la moindre pression exercée en cet endroit, la toux, un simple mouvement, augmentent cette douleur et arrachent des cris à la malade. Tension considérable des parois abdominales plus marquée aussi du *côté droit*, où nous croyons sentir une fluctuation obscure. La percussion de cette partie donne un son mat; ailleurs, le ventre météorisé donne un son clair. La peau est aussi plus chaude du côté droit. Hoquets fréquents et doulou-

(1) Andral.

(1) Mélier. Journal général de médecine, 1827.

reux; nausées de temps en temps; suppression des lochies.

Le soir, la douleur est un peu calmée. (Bain d'une heure; fomentations émollientes; demi-lavement huileux.)

Le lendemain 29, la douleur était fort aiguë et le gonflement plus considérable. (Trente sangsues; large ventouse sur chaque mamelle.) Les ventouses restèrent en place pendant plus d'une demi-heure, et furent plusieurs fois réappliquées; elles firent couler, non sans beaucoup de douleur, une certaine quantité de lait mal élaboré, et donnèrent lieu à un gonflement considérable des mamelles; il nous sembla que les douleurs de la péritonite diminuaient à mesure que cette fluxion artificielle s'établissait.

Le 30. Léger mieux. (Bains; on insiste sur les ventouses, qui, chaque fois, font couler une certaine quantité de lait.)

Le 31. Nuit mauvaise; douleurs dans toute l'étendue du ventre. La fluxion des mamelles s'étend des deux côtés jusque sous les aisselles. Les lochies coulent à peine. (Sangsues; un vésicatoire à chaque cuisse.)

Le 1er août. Mieux sensible; douleurs moins vives, bornées au flanc droit et à la région lombaire de ce côté; on sent toujours à cet endroit une fluctuation obscure. A dater de ce moment, les accidents perdent de leur gravité. Il s'écoule par la vulve un liquide sanguinolent et fétide en petite quantité.

La malade était dans un état qui permettait quelque espoir, lorsqu'un jour on s'aperçut que l'écoulement était devenu tout à coup plus abondant, et qu'il avait changé de nature : c'était du pus; pendant les premiers jours, la malade en fut comme trempée. Si on l'asseyait, et surtout si l'on pressait avec la main sur le côté droit du ventre, l'écoulement devenait beaucoup plus considérable. D'abord louable, le pus ne tarda pas à devenir grisâtre et fétide. Fièvre hectique. La malade s'affaiblit rapidement.

La douleur du flanc droit, qui depuis longtemps était sourde, devint de nouveau aiguë et se fit sentir jusque dans l'aine et la cuisse. Bientôt après, infiltration séreuse du pied, de la jambe, et successivement de tout le membre abdominal droit, qui était douloureux. La malade mourut le 17 août.

Autopsie. — La cavité abdominale seule fut ouverte. Le péritoine présenta partout des traces évidentes d'inflammation. Peu intense du côté gauche, cette phlegmasie le devenait davantage à mesure que l'on s'approchait du côté droit, et spécialement de la région lombaire et de la fosse iliaque. Il existait là un vaste foyer contenant plusieurs livres de pus fétide, grisâtre et mal lié. Ce liquide, contenu dans le péritoine, était enveloppé de toutes parts par une fausse membrane déjà assez bien organisée, irrégulièrement épaisse, d'un blanc sale, molle, s'enlevant par lambeaux. Des adhérences nombreuses de circonvolutions intestinales entre elle et avec les parties adjacentes bornaient cette collection purulente. Une masse blanche, d'apparence *albumineuse*, pesant une demi-livre au moins, nageait au milieu du pus. Le foyer se prolongeait jusque dans le petit bassin et communiquait avec le vagin au moyen d'une ouverture large et irrégulière, à bords mous, frangés et noirs, occupant la paroi droite du vagin, presque entièrement détruite. Il eût été facile, du vivant de la malade, de m'assurer de la disposition des parties par le toucher.

L'utérus, revenu à peu près à son volume naturel, était sain; sa cavité contenait une petite quantité de mucus roussâtre.

La veine iliaque externe, presque en totalité, et la veine crurale, dans l'étendue de deux ou trois pouces, étaient complétement oblitérées par un caillot sanguin, fibrineux et consistant, semblable à ces concrétions polypiformes que l'on trouve souvent dans le cœur. Les parois de ces veines nous parurent épaissies; la membrane interne était rouge; on voyait quelques gouttes de pus à sa surface : elle adhérait au caillot en plusieurs endroits. Rien de remarquable dans les autres organes de l'abdomen.

On remarquera dans cette observation : 1° la cause occasionnelle de la péritonite, qui se trouve dans l'acte de l'accouchement et la manœuvre qu'il nécessita; 2° la variété de l'abcès, qui était intrapéritonéal; 3° le mode d'ouverture de la tumeur, qui se fit jour dans le vagin; 4° la phlébite adhésive et l'infiltration consécutive du membre correspondant. On est amené malgré soi à penser qu'il aurait fallu agir plus activement dans le commencement.

Obs. XXV. — *Abcès de la fosse iliaque droite, suite de couches, ouvert par le bistouri; guérison* (1). — Madame Amans, âgée de trente et un ans, mariée à trente, eut son premier enfant dix-sept mois après. Pendant tout le cours de sa grossesse, elle jouit d'une bonne santé, à une douleur près, qu'elle ressentit constamment dans les parties latérales droites de l'utérus, et parfois dans la fosse iliaque, dans l'aine et la cuisse droites; cette douleur était surtout excitée par les mouvements de l'enfant. Saignée au sixième mois, elle accoucha à terme d'un enfant bien portant. Difficulté pour extraire le placenta, très-adhérent à droite : il fallut introduire la main dans la matrice et faire d'assez grands efforts. Point d'hémorrhagie, point d'accidents pendant les deux premiers jours; lochies abondantes et sans interruption durant l'époque ordinaire de la sécrétion laiteuse, qui ne se fit pas; ventre gonflé, très-sensible; la marche était pénible: si le pied droit portait à faux, s'il heurtait contre un corps solide, il en résultait aussitôt une douleur vive dans l'aine et dans le ventre. (Vin de Bordeaux; quinquina.)

Je vis madame Amans le 25 octobre 1827, sept semaines environ après ses couches. Ventre volumineux, sonore, très-douloureux à la pression; selles fréquentes : dans l'aine droite, gonflement inflammatoire s'étendant à la partie interne de la cuisse et de la jambe dans la direction des lymphatiques, durs et tendus comme des cordes, très-douloureux à la moindre pression, au plus léger mouvement. Les vaisseaux lymphatiques de la cuisse gauche n'étaient point affectés; ils le furent légèrement dans la suite. (Tisanes émollientes; vingt-cinq sang-

(1) Téallier. Journal général, juillet 1829.

sues sur les ganglions de l'aine et les vaisseaux lymphatiques ; cataplasmes émollients.)

Au bout de quinze jours, cessation presque complète des accidents; mais les douleurs se réveillèrent avec une nouvelle intensité dans la fosse iliaque, dans l'articulation iléo-fémorale, et s'étendirent depuis la crête de l'os des îles jusque dans la région lombo-dorsale. Pouls fréquent ; teint animé ; peau sèche, brûlante ; toujours plusieurs selles par jour. (Saignée de 12 onces ; le lendemain, trente sangsues dans l'aine; cataplasmes émollients; bains; vingt autres sangsues deux fois.)

Les douleurs se concentrèrent dans la fosse iliaque, où je reconnus une tumeur du volume du poing, dure, douloureuse au toucher, située à droite de l'intestin cœcum, qui ne tarda pas à occuper la presque totalité de la fosse iliaque et à venir faire saillie au-dessus du ligament de Fallope. Fluctuation évidente. L'abcès menaçait de se faire jour sur plusieurs points où la peau était rouge et amincie. Le 12 janvier, je plongeai un bistouri étroit vers le milieu et immédiatement au-dessus du ligament de Fallope, point où l'amincissement de la peau était le plus avancé. Le pus jaillit avec force : il était clair, séreux, floconneux, mêlé de beaucoup de sang. Il s'en écoula plus d'une livre. Décubitus sur le côté droit, pour que l'ouverture pratiquée se trouve dans la partie la plus déclive. Suppuration très-abondante (trois pansements par jour). L'écoulement diminua rapidement, et, vers la fin de janvier, il ne sortait de la plaie qu'un peu de sérosité blanchâtre. Anasarque générale. Bientôt l'ouverture de l'abcès livra passage à une grande quantité de sérosité, et l'anasarque ne tarda pas à se dissiper. La plaie se cicatrisa vers la fin de février. La guérison fut complète dans le courant d'avril.

La douleur fixe à droite, pendant la grossesse, semble indiquer une phlegmasie utéro-placentaire partielle, dont les adhérences du placenta furent la conséquence. Ainsi : placento-métrite ; adhérences du placenta, sur lequel on est obligé de tirer fortement ; métrite ; engorgement des vaisseaux lymphatiques du membre ; puis, formation de l'abcès iliaque du côté de l'insertion du placenta : telle a été la marche de la maladie. On aura remarqué l'anasarque, effet de la diminution rapide de l'écoulement purulent, véritable métastase, et la cessation de l'anasarque par suite d'un écoulement abondant de sérosité à travers l'ouverture de l'abcès.

Obs. XXVI. — *Anatomie pathologique d'un abcès puerpéral de la fosse iliaque* (1). — En 1834, M. Bérard (Aug.) présenta à la Société anatomique une pièce recueillie sur une femme qui avait été prise de douleurs hypogastriques à la suite d'une couche, et chez laquelle on avait soupçonné un abcès de la fosse iliaque. A l'autopsie, on trouva un vaste abcès qui commençait à la partie postérieure et supérieure du flanc gauche, entre le colon et la paroi abdominale. Cet abcès s'était propagé dans la région hypogastrique, en passant entre la fosse iliaque et l'intestin, toujours situé hors du péritoine. Une induration du tissu cellulaire du bassin lui avait fermé l'accès de cette cavité au-devant de la vessie, mais le pus s'était frayé un passage vers la fosse iliaque droite, en décollant le péritoine dans la région hypogastrique; de la région iliaque droite, il avait remonté sur le côté de la ligne médiane jusqu'au niveau de l'ombilic : là il s'était fait jour au-dessous de la peau, qu'il avait décollée au pourtour de la cicatrice ombilicale; dans le flanc gauche, l'abcès communiquait avec le colon descendant par une ouverture arrondie. M. Bérard pensa que l'ulcère intestinal avait été la cause de l'abcès iliaque. La surface de tout le gros intestin étant inégale et bosselée, M. Michon en tira la conclusion que l'intestin avait dû être le premier malade, et M. Teissier fit remarquer, de son côté, que ce qui excluait l'idée d'un abcès iliaque primitif, c'est que le muscle iliaque était parfaitement sain.

Exemple remarquable de migration du pus. Cette observation nous servira sous ce rapport. Quant à savoir si l'abcès provenait d'une lésion intestinale, les raisons données en faveur de l'affirmative sont très-loin d'être concluantes.

Obs. XXVII. — *Abcès à l'hypogastre, suite de couches, ouvert par la potasse caustique ; guérison* (1). — Madame Fournier éprouvait dans le bassin, depuis une couche faite en 1805, une douleur qui revenait par intervalles. En 1811, à la suite d'une fièvre muqueuse, cette douleur devint plus intense et ne se dissipa qu'après un long terme. A cette époque, on reconnut au-dessus des os pubis une tumeur indolente, qui gênait, à certaines époques, l'excrétion des urines. Redevenue enceinte en 1813, elle ressentit de nouvelles douleurs dans la tumeur, et quelques jours après son accouchement, en explorant le bas-ventre devenu très-sensible, on reconnut une collection purulente présentant trois bosselures, dont l'une était centrale, au-dessus du pubis, et les deux autres répondaient à chaque aine. Appelé en consultation, je proposai d'appliquer sur la bosselure de l'aine gauche, qui était plus saillante et plus fluctuante, une traînée de potasse caustique. L'escharc résultant de cette application tomba le troisième jour, et, à sa chute, il s'écoula plus d'une chopine d'un pus fétide et mal élaboré; ce qui affaissa en même temps les trois bosselures, qu'on aurait pu prendre pour trois dépôts différents. Un pansement régulier fut employé : en moins d'un mois, la cicatrisation fut obtenue, et la malade rendue à la santé.

La forme extérieure de cet abcès est remarquable : on aurait pu, comme l'auteur le dit, croire à trois foyers distincts. La manière dont la tumeur se produisit, le long temps qu'elle mit à s'abcéder, sont des circonstances également intéressantes. Jusqu'à quel point des vésicatoires répétés auraient-ils pu résoudre cette tumeur chronique?

Obs. XXVIII. — *Abcès de la fosse iliaque gauche, s'étendant jusqu'aux lombes du même côté, ouvert par la potasse caustique et le bistouri ; guérison* (1). — Madame Nicollot eut un accouchement laborieux, terminé avec le forceps. Dès le lendemain, il se manifesta une fièvre très-intense avec météorisme de tout le ventre. La fluxion lai-

(1) Aug. Bérard. Bulletins de la Société anatomique.

(1) Martin. Mémoires.
(2) Ibid.

teuse des seins n'eut pas lieu ; les lochies furent très-irrégulières. Je fus appelé le vingtième jour en consultation, et je reconnus tous les symptômes d'une fièvre lente hectique, occasionnée par un dépôt dans la fosse iliaque gauche, s'étendant jusque dans la région lombaire, avec engorgement des glandes de l'aine et de l'extrémité inférieure de ce côté ; la fluctuation était prononcée principalement du côté de la région des lombes. Au bout de deux jours, la saillie formée par le pus dans la région lombaire augmenta sensiblement ; la fluctuation y devint plus évidente. (Application d'une traînée de potasse caustique.) Le lendemain, nous incisâmes l'escharc, et portant le bistouri un peu au-dessous de sa profondeur, nous parvînmes au foyer purulent. Il s'en écoula aussitôt un litre de pus, ce qui diminua presque immédiatement la tumeur de la fosse iliaque. La malade fut sensiblement soulagée. Le pus coula pendant plusieurs jours avec abondance, mais il diminua par gradation, ainsi que la fièvre. Bientôt l'appétit revint, les forces et l'embonpoint se rétablirent, et, le soixantième jour, l'ulcère était cicatrisé ; les glandes de l'aine gauche, l'extrémité correspondante, étaient dégorgées ; et madame Nicollot ne tarda pas à recouvrer une bonne santé.

L'accouchement fut terminé par le forceps. Ainsi : difficulté du travail, action obstétricale ; l'étiologie est dans ces deux circonstances. Encore un abcès ouvert dans la région lombaire. La guérison se fit attendre soixante jours : cette lenteur n'est pas favorable au mode d'ouverture.

Obs. XXIX.—*Abcès de la fosse iliaque droite, suite de couches ; application de potasse caustique ; incision de l'eschare ; guérison* (1). — Le 25 mars 1804, madame Velay-Pélégrin, à la suite d'un accouchement naturel, éprouva une perte utérine considérable avec syncope et défaillance. A cet accident succéda un état de faiblesse extraordinaire : les seins ne se gonflèrent point ; la sécrétion laiteuse ne s'établit qu'imparfaitement, et malgré cela l'accouchée allaita son enfant pendant environ un mois. A dater de cette époque, elle dépérit sensiblement : fièvre continuelle et fréquente, toux. On diagnostique une phthisie pulmonaire. Appelé en consultation au troisième mois de la couche, je reconnus dans la fosse iliaque droite une tumeur considérable, de forme ovalaire, se prolongeant du côté de l'aine, lieu où je distinguai une fluctuation profonde. La cuisse et la jambe droites étaient légèrement fléchies et ne pouvaient s'étendre qu'avec douleur. Je n'hésitai pas à proposer l'application de potasse caustique sur le point fluctuant de la tumeur. Le surlendemain, je trouvai l'escharc détachée dans un point, duquel s'était écoulé beaucoup de pus. J'introduisis dans cette petite ouverture une sonde cannelée, à l'aide de laquelle je fendis l'escharc dans toute sa longueur : issue d'une grande quantité d'un fluide purulent, épais et bien lié, de couleur verdâtre et d'une odeur très-fétide. Amélioration ; le pus coule pendant cinq mois ; cicatrisation. On distingue, du côté du ventre, une dureté ou espèce de noyau qui semble se prolonger vers la fosse iliaque, et un enfoncement sur le point cicatrisé adhérent à cette dureté.

(1) Martin.

Les règles reparurent trois mois avant la guérison du dépôt, et c'est à peu près à la même époque que madame Velay reprit ses forces, de l'embonpoint et un état de santé parfaite. Elle a eu depuis deux enfants ; mais, plusieurs années après, elle a succombé à une phthisie pulmonaire.

Relevons dans cette observation : 1° l'erreur de diagnostic ; 2° la circonstance d'une métrorrhagie ayant précédé le développement de la tumeur.

Obs. XXX. — *Abcès iliaque suite de répercussion du lait ; ouverture par le caustique ; guérison* (1).—La femme Bergeret, âgée de trente ans, accoucha heureusement dans le mois d'avril 1816. Le jour où la fluxion laiteuse s'établit, application astringente sur les seins, qui fit disparaître en peu d'heures leur engorgement. Le lendemain de cette répercussion, une fièvre violente eut lieu ; les lochies se supprimèrent ; des douleurs se firent sentir dans l'abdomen, avec tension et météorisme des parois de cette cavité. (Traitement antiphlogistique.) Les douleurs abdominales et la fièvre continuèrent pendant vingt jours. L'exploration du ventre me fit alors reconnaître un engorgement douloureux dans la direction des ligaments larges. Fièvre ; amaigrissement extrême ; rétraction de la cuisse gauche. Six semaines après ma première visite, je reconnus une collection purulente occupant les régions hypogastrique et iliaque gauches, et se dirigeant vers l'aine de ce côté, point dans lequel je distinguai une fluctuation profonde avec une légère rougeur à la peau. Je fis appliquer sur ce lieu une traînée de potasse caustique ; l'escharc qui en résulta fut incisée le surlendemain, et il sortit une très-grande quantité de pus. La malade fut mise à l'usage du lait de chèvre, du sirop de kina ; des mèches de charpie furent introduites dans l'ulcère, et diminuées au fur et à mesure que la suppuration était moins abondante.

Deux mois après, cette malade était parfaitement guérie.

C'est surtout la cause qui nous importe dans cette observation, très-importante sous ce rapport.

Obs. XXXI.—*Abcès de l'ovaire droit ou de ses dépendances, ouvert par la potasse caustique ; guérison* (2). — Madame Naud me fit appeler en 1803. Sa maladie datait d'une couche qui avait eu lieu quelques mois auparavant, et à la suite de laquelle elle avait eu l'imprudence de se lever le lendemain de la fièvre de lait et de s'exposer au froid et à l'humidité. Dès le soir même, elle avait ressenti des douleurs vives dans le ventre, principalement dans la région iliaque droite. Bientôt après, il s'y manifesta une tumeur qui fit de tels progrès, que, lorsque je vis la malade, plusieurs mois après son accouchement, son ventre était aussi développé que celui d'une femme enceinte de sept mois. Les règles, d'abord supprimées, avaient reparu irrégulièrement à diverses époques, occasionnant toujours un violent accès de fièvre ; marasme effrayant. La

(1) Martin.
(2) Ibid.

maladie avait été traitée jusqu'alors pour une hydropisie ascite. Un examen attentif me fit bientôt reconnaître que la tumeur avait son siége dans l'ovaire droit ou dans ses dépendances. La circonscription de cette tumeur, la fluctuation sourde que j'y distinguais, la douleur qu'y déterminait la pression, et la fièvre continuelle qui minait la malade, me firent penser que cette tumeur contenait un fluide purulent. L'exploration par le vagin me fit reconnaître le plancher de ce dépôt, faisant saillie entre le col de la matrice, légèrement dévié, et les parois du vagin. La dureté de sa paroi correspondante au vagin nous éloigna de l'idée de pratiquer l'ouverture par ce conduit. Nous résolûmes d'appliquer sur les parois du ventre, au lieu le plus déclive et le plus saillant de la tumeur, une traînée de potasse caustique. Je fus plusieurs semaines à attendre la séparation de l'eschare, et lorsqu'elle fut complétement détachée, je m'aperçus que le kyste de la tumeur était encore très-épais ; ce qui me décida à une seconde application de caustique, qui fut beaucoup plus douloureuse que la première. Deux jours après cette application, il s'écoula à travers la seconde eschare une énorme quantité d'un pus inodore, visqueux et très-épais. Nous agrandîmes par gradation l'ouverture fistuleuse, à l'aide d'une tente de charpie d'abord, puis avec un morceau d'éponge préparée, faisant, à chaque pansement, des injections dans le sac avec une décoction d'orge et de miel rosat. Bientôt la tumeur s'affaissa ; la fièvre diminua ; la suppuration devenait aussi moindre de jour en jour. Les forces revinrent progressivement, et, au bout de deux mois de traitement, l'ouverture du dépôt se ferma complétement. La cicatrice s'enfonça du côté des parois abdominales et se confondit avec un noyau dur, assez volumineux, qui se prolongeait dans la fosse iliaque droite.

La malade se lève le lendemain de la fièvre de lait, et s'expose au froid et à l'humidité. La cause de la tumeur est dans cette imprudence. Comme dans les cinq précédentes observations, l'abcès est ouvert avec le caustique. Il faut deux mois pour que l'ouverture se ferme.

Obs. XXXII. — *Abcès de la fosse iliaque droite après une couche laborieuse ; ouverture spontanée ; guérison* (1).—Madame Pommey accoucha pour la sixième fois, le 8 septembre 1812. L'enfant présentait la face et nécessita la version. Les suites de couches furent naturelles jusqu'au troisième jour, époque à laquelle se manifesta la fièvre de lait. Alors le ventre devint douloureux et se météorisa ; les seins se flétrirent ; les lochies se supprimèrent. (Boissons délayantes ; émollients.)

Le sixième jour, la fièvre persévérant avec un redoublement sur le soir, la langue devint saburrale. L'application de quelques sangsues à la vulve, les vomitifs et les purgatifs ne changèrent pas cet état.

Le quinzième jour des couches, madame Pommey se plaignait d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite, qui augmentait surtout dans la soirée et pendant la nuit. L'exploration ne fit reconnaître dans cette région aucun engorgement. (Cataplasmes émollients ; fomentations et fumigations de même nature. On administre le petit-lait anti-laiteux de Weiss, la terre foliée de tartre, et pour tisane une décoction de chiendent nitrée.) Etat stationnaire ; fièvre ; alternatives d'augmentation et de diminution de la tumeur ; affaiblissement progressif ; amaigrissement.

Le vingt-cinquième jour de l'accouchement, je distinguai un engorgement profond et considérable dans la fosse iliaque droite. Il était de forme ovalaire, et quoique enfoncé du côté du bassin, il s'élevait jusqu'au niveau de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, et s'étendait beaucoup en arrière. La fièvre augmenta singulièrement ; les mouvements de la cuisse devinrent impossibles, et la malade fut obligée de rester couchée sur le côté. Des douleurs avec élancements se faisaient sentir dans la tumeur, qui ne présentait cependant aucune fluctuation. Insomnie continuelle. (Cataplasmes, tisanes délayantes.) Même état pendant près de quinze jours ; à cette époque, douleurs plus vives, fièvre plus intense. (Dix sangsues aux grandes lèvres.) Le dégorgement sanguin local modéra la douleur et la fièvre, et procura l'apparition des règles pendant deux jours ; mais la tumeur, devenue indolente, sembla prendre plus d'accroissement ; fièvre moindre, mais continue, avec redoublement le soir. Maigreur extrême ; toute la peau, rugueuse, se couvrit d'une éruption miliaire qui, se desséchant au bout de quelques jours, tombait en desquamation, pour se renouveler ensuite. Les choses se passaient ainsi, lorsqu'au soixante-quatorzième jour de l'accouchement, je crus reconnaître une fluctuation profonde dans la tumeur, et proposai l'application d'une traînée de potasse caustique au lieu le plus saillant, qui correspondait dans le milieu de l'espace compris entre l'épine antérieure de l'os des îles et le pubis. La malade demanda qu'on ajournât cette application, et, deux jours après, le dépôt abcéda dans le lieu même où j'avais proposé d'appliquer le caustique. Il s'écoula, par une ouverture comme fistuleuse, un pus séreux, très-abondant. Je dilatai l'ouverture avec un trochisque de minium ; et après la chute de l'eschare qu'il produisit, je la maintins ouverte à l'aide d'une tente de charpie. Ce ne fut qu'au bout de quatre mois que j'obtins une cicatrice solide, qui s'établit sur cette espèce de noyau profond qui se perdait dans la fosse iliaque droite.

Madame Pommey, depuis cette époque, a joui de la meilleure santé et a fait deux autres couches heureuses.

Exemple des résultats fâcheux d'un traitement peu actif. Il est vraisemblable que le phlegmon ne se serait pas abcédé si l'on avait agi énergiquement. Au lieu de cela, à combien de dangers la malade n'a-t-elle pas été exposée ? Notons qu'il y avait eu version, c'est-à-dire action obstétricale, c'est-à-dire, à un certain degré, violence. Notons encore l'éruption miliaire. On comprend bien que, dans de tels cas, les anciens aient eu l'idée d'une force occulte s'efforçant de livrer passage à l'humeur par des voies détournées.

Obs. XXXIII.—*Abcès de la fosse iliaque droite, suite de couches, ouvert spontanément dans le*

(1) Martin.

vagin; guérison (1). — Marie, âgée de vingt et un ans, domestique, d'une santé habituellement bonne, est accouchée pour la première fois il y a vingt-cinq jours. Sa grossesse a été heureuse; son accouchement facile, naturel, s'est terminé après dix heures de souffrances; aucun accident n'est survenu après la délivrance. Au douzième jour, sans cause connue, elle commença à souffrir de l'hypogastre; la cuisse droite devint lourde, pesante, et la malade remarqua le soir un peu d'œdématie qui disparaissait par le repos de la nuit. La marche était difficile et douloureuse, et la douleur s'irradiait de l'hypogastre dans toute la longueur du membre pelvien du côté droit: selles liquides; coliques légères.

La malade ne s'est alitée que le 12e jour (31 janvier). Lochies assez abondantes; ventre mou, flasque, indolent à la pression, excepté dans la fosse iliaque droite : là, en effet, on circonscrit aisément une tumeur dure sans bosselures à sa surface, immobile et sans adhérence avec la paroi abdominale; la percussion y est complétement mate; elle a trois pouces verticalement, en commençant un peu au-dessus du ligament de Poupart; transversalement, elle remplit toute la fosse iliaque, sans dépasser en dedans le rebord du bassin; elle est le siége de douleurs médiocres, qui s'irradient dans tout le membre inférieur droit, que la malade ne peut étendre complétement (20 sangsues, cataplasmes, bains, soupes, repos).

La tumeur est moins douloureuse, mais elle conserve le même volume. On continue les cataplasmes, les bains, jusqu'au 7, sans qu'on constate aucun changement appréciable.

Le 8, la tumeur est moins considérable d'un cinquième environ; elle continue à être très-dure; elle est peu douloureuse à la pression. Le membre inférieur peut être étendu plus complétement que les jours précédents: constipation depuis plusieurs jours; frissons le soir; sueurs. La tumeur reste dure et peu douloureuse.

Enfin, le 1er mars, la malade nous avertit que, depuis la nuit dernière, elle a, par le vagin, un écoulement abondant qui ressemble à du pus phlegmoneux par sa couleur et par sa consistance. Le doigt introduit dans le vagin ne fait reconnaître aucun pertuis; il en est de même du spéculum; mais il est facile de s'assurer, à l'aide de cet instrument, que le pus ne provient pas de l'orifice utérin. La tumeur est diminuée de moitié depuis hier.

Du 4 au 5, l'écoulement a presque cessé. La tumeur diminue peu à peu, et, le 15, elle n'a plus que le volume d'une petite noix; elle conserve une grande dureté, n'est le siége que de quelques élancements fugaces. La malade marche sans douleur; elle peut étendre complétement la jambe.

Le 23, on ne distingue plus de noyau induré. La malade sort le 24, tout à fait rétablie; elle conserve encore un très-léger écoulement blanchâtre, muqueux, non purulent.

Notons dans ce fait : 1° les douleurs propagées à tout le membre, qui ne pouvait s'étendre complétement, douleurs liées vraisemblablement à un certain degré de *phlegmatia dolens*, puisqu'elles eurent lieu dès les premiers moments; 2° l'ouverture spontanée de l'abcès par le vagin; 3° la leucorrhée vaginale consécutive à l'écoulement du pus par le vagin.

(1) Grisolle. Archives, 1839.

Obs. XXXIV.—*Abcès iliaque, suite de couches, ouvert dans le rectum; guérison* (1). — Dio, âgée de 23 ans, chapelière, d'une bonne santé, n'a eu d'autre maladie grave qu'une variole confluente à l'âge de 13 ans. Réglée à 18 ans sans difficulté, elle devint enceinte pour la première fois en 1834. Sa grossesse fut heureuse, et elle accoucha à terme vers le 1er février 1835, après un travail qui avait duré 15 heures. La fièvre de lait se déclara au deuxième jour. Elle fut forte et dura 48 heures; les seins se tuméfièrent beaucoup. Cette femme, qui n'allaitait pas son enfant, quitta l'hôpital le neuvième jour, bien portante. Mais en rentrant chez elle, elle eut les pieds mouillés et éprouva de vives contrariétés; aussi elle se plaignit, le même jour, de frissons irréguliers, de malaise et de douleurs hypogastriques. Il y eut de la fièvre et quelques vomissements. Elle entra à l'Hôtel-Dieu le 14 février, cinquième jour de la maladie.

Cette femme, d'une constitution assez forte, a le facies calme; sa langue est blanche, humide; elle a la bouche amère, des envies continuelles de vomir, et, depuis hier, elle a un léger dévoiement sans coliques; les lochies, blanchâtres, coulent encore un peu. Le ventre est flasque, indolore, excepté à l'hypogastre et surtout dans la fosse iliaque gauche; dans cette dernière région, la main découvre une tumeur du volume d'une petite orange, mate, non bosselée, très-dure et très-douloureuse, immobile, n'ayant aucun rapport avec l'utérus, dont le sommet est au niveau du pubis. Le pouls est à 120, petit; la chaleur est douce (40 sangsues).

Le 15, mêmes symptômes généraux : la tumeur a augmenté d'un cinquième ou d'un quart; mais les douleurs n'y sont pas plus vives; elle se prolonge presque sur la ligne médiane; il y a quelques élancements très-douloureux dans le tiers supérieur et interne de la cuisse gauche, sans changement de couleur à la peau, et diminuant parfois légèrement sous la pression. Pour la première fois, la malade accuse une sensation de froid dans la jambe et le pied gauches : la main perçoit une diminution sensible dans la température du membre, comparée à celle du côté opposé; de l'œdème existe autour des malléoles de la jambe gauche. Les deux artères crurales étant pressées avec les doigts de la même manière et simultanément, il est évident que dans la gauche le pouls est moins ample, moins développé qu'à droite; et à cinq ou six reprises différentes, le choc du sang est perçu à droite avant de l'être à gauche. La cuisse du côté malade est légèrement fléchie et ne peut être amenée à une extension complète (30 sangsues).

L'écoulement du sang est considérable; le soir, il y a une diminution notable de la tumeur; la température est égale dans les deux membres inférieurs; les artères crurales ont des pulsations égales et parfaitement isochrones; l'œdème, les élancements et la raideur persistent. Pouls à 112.

(1) Grisolle.

Les 16 et 17, état stationnaire. (Bain ; gomme ; catapl.; diète.)

Du 18 au 25, le pouls varie de 112 à 120; la tumeur, à peine douloureuse, n'a plus que le volume d'un œuf de poule. La rétraction et l'œdème cessent peu à peu. Les élancements ont cédé le 22. Il y a tous les jours deux selles liquides ; la bouche est amère, la soif médiocre, l'urine safranée, et une suffusion ictérique est répandue sur les sclérotiques, aux ailes du nez et à la face antérieure du thorax. (Frictions avec onguent mercuriel, deux gros par jour; bains tous les deux jours, cataplasme, bouillon.)

Le 5 mars, il n'y a plus d'ictère ; le dévoiement a cessé ; la malade digère des potages ; pouls à 80. La tumeur, toujours dure, située à un demi-pouce au-dessus et en arrière de l'arcade crurale, a peu diminué.

Le 12, on cesse les frictions mercurielles à cause d'une légère stomatite qui cède, après trois jours, à l'emploi d'un collutoire d'acétate de plomb et de laudanum.

Du 15 au 25, l'appétit revient, mais la malade reste faible ; presque toutes les nuits elle a quelques sueurs peu abondantes sans fièvre ; la fosse iliaque est toujours le siége d'une tumeur dure, mate, non bosselée, ayant le volume et la forme d'une pomme d'api ; le pouls est à 66, peu résistant. (Bains ; le quart.)

Les 26 et 27, j'examinai les selles pour la première fois, et je vis sur les matières molles qui étaient rendues, des stries blanchâtres et des globules opaques, épars çà et là, dans lesquels je crus reconnaître du pus.

Le 28, je n'en retrouvai pas ; mais, le 29, je découvris dans les selles, et réuni en un seul point, un pus blanc, crémeux, bien lié, dont j'évaluai la quantité à une once environ ; la tumeur avait diminué d'un quart depuis la veille, et, la nuit d'après, il n'y eut plus de sueurs. Les jours suivants, les selles ne présentèrent plus trace de pus, et la malade sortit le 4 avril, encore faible, n'éprouvant plus de douleur, mais conservant encore dans la fosse iliaque une induration tout à fait immobile et indolente, offrant une surface d'un pouce.

Dans le courant de l'année 1835, j'ai revu cette femme plusieurs fois ; elle n'a plus éprouvé de nouveaux accidents. Mais j'ai négligé d'explorer son ventre pour m'assurer si elle conservait encore quelque reste de l'ancien engorgement.

Cette observation est surtout remarquable par un symptôme que nous voyons pour la première fois : le refroidissement du membre correspondant à la tumeur, en raison de l'affaiblissement de la circulation artérielle, effet de la compression exercée par la tumeur sur l'artère. On aurait pu croire à une artérite par contiguïté ; mais la cessation de la gêne de la circulation artérielle aussitôt que la tumeur eut diminué, prouve qu'il n'en était pas ainsi.

Obs. XXXV. — *Phlegmon et phlébite iliaques, suite de fièvre puerpérale purulente ;* recueillie par M. Ambroise Tardieu (1). — La nommée Ribaille (Félicie), née Guerland, joigneuse, âgée de 38 ans, est accouchée à la Maternité, il y a six semaines, de son septième enfant. Elle a toujours eu une bonne santé et se portait très-bien pendant sa grossesse. Le travail a été prompt et s'est terminé en trois douleurs. S'il faut l'en croire, la sage-femme a détaché le placenta en introduisant la main dans la matrice. Sortie de l'hospice au bout de quatre jours, souffrant déjà dans le ventre, elle est retournée chez elle sans appétit, sans forces, pour faire son ménage. A cet état est venue se joindre la douleur de perdre un de ses enfants, âgé de 2 ans 1/2. Les lochies, qu'elle est habituée à voir couler six semaines, ont cessé cette fois au bout de quatre jours. Elle n'avait pas de lait et maigrissait notablement. L'enfant qu'elle allaite s'en est ressenti : il pesait en naissant 4 kilogr. 1/2, et il a beaucoup perdu depuis ce temps. Elle avait du dévoiement, de la fièvre, la bouche amère, et des envies de vomir continuelles qu'elle n'apaisait qu'en prenant de l'eau de Seltz. C'est alors qu'elle s'est fait porter à l'hôpital Cochin, le 15 janvier 1840. Examinée le lendemain, elle se présente avec les symptômes suivants :

Premier jour. — Prostration générale. Anxiété, expression de douleur dans la physionomie. Pommettes colorées. Faiblesse extrême. Lèvres sèches. Pouls fréquent, vibrant. Battements du cœur forts et accélérés, sans bruit anormal. Respiration haute, anxieuse ; inspiration courte et sifflante ; expiration brusque; aucun râle. Frissons répétés sans sueur. Peau chaude et sèche. Pupilles très-dilatées. Langue sèche, aride, rouge. Bouche mauvaise et douloureuse. Douleur à l'épigastre. Vomituritions. Lypothymies. Sensibilité excessive dans le flanc droit et sur le trajet du colon. Rénitence, sans gargouillement. Diarrhée. Le membre inférieur droit, la jambe surtout, est le siége d'une tuméfaction très-marquée et d'une douleur très-vive qui s'étend de la hanche au pied. Le gonflement douloureux a paru quatre jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital. Insomnie constante. (Saignée. Lavement laxatif. Cataplasmes).

Deuxième jour. — Même état d'excessive faiblesse. Pouls moins fort et moins fréquent. Aridité toujours extrême de la bouche (frictions avec 60 grammes d'onguent mercuriel, gargarisme émollient). On lui retire son enfant, qu'elle n'est pas en état de nourrir.

Troisième jour. — Le pouls a pris du développement sans trop de fréquence. Le ventre est moins douloureux. Il n'y a eu qu'une selle et un vomissement peu abondant. La langue est un peu humide. Le soir, pupilles dilatées. Anxiété. Un peu de céphalalgie. Pouls déprimé. Douleurs vives dans la jambe. Râles muqueux dans la poitrine. Crachats muqueux expectorés avec peine.

Quatrième jour. — Pouls un peu relevé (84 puls.). Pas de douleur. Asthénie complète. Langue plus humide et moins rouge. OEil un peu moins abattu. Insomnie.

Cinquième jour. — Face terreuse. Pouls ralenti et déprimé. Douleur extrêmement vive à droite, au-dessus du ligament de Fallope, et profondément. L'œdème du membre correspondant est plus considérable. Il n'y a pas de changement de couleur à la peau, pas de tension, et aucune douleur quand on presse. Pas de douleurs de ventre, seulement de la

(1) Journal des conn. méd. chir., 1841.

pesanteur d'estomac et des vomituritions fréquentes.

Sixième jour. — La malade a vomi cette nuit. Même état, du reste. Il y a encore deux vomissements dans la journée. Aucune douleur de ventre.

Septième jour. — Mouvement fébrile augmenté. Céphalalgie. Anxiété. Envie de vomir. (Saignée du bras, 250 g.) Le soir, il n'y a pas eu de vomituritions depuis la saignée. Le pouls est fort, mais une grande débilité domine l'état général. Soif. Pas de douleur.

Huitième jour. — Vomissement la nuit. OEdème douloureux. Pouls peu déprimé. Diarrhée. Toujours du frisson. Du reste, même état. (Décoction blanche. Lavement amidonné laudanisé. Potion gommeuse.) Dans la journée, le pouls est moins fort. Vive douleur d'estomac. (Eau de Seltz légèrement coupée de vin.)

Neuvième jour. — Quelques vomissements dans la nuit. Même abattement général. Les lavements ont été gardés assez longtemps. Douleur vive au-dessous de l'arcade crurale droite. (Potion laudanisée, eau de Seltz.)

Dixième jour. — Même état; peut-être un peu d'amélioration : le pouls est plus calme, la peau chaude.

Onzième jour. — Exacerbation extrême. Le matin, des douleurs de ventre. Langue redevenue sèche et rouge. Plus de dévoiement. (50 sangsues sur le ventre.) Le soir, un peu moins de douleur. Langue fendillée.

Douzième jour. — Les membres inférieurs ne sont plus douloureux; aspect de la face meilleur; la langue n'est plus rouge ni sèche comme hier, elle est blanche; le pouls est mieux.

Treizième jour. — Epanchement considérable dans le péritoine; langue sèche, fendillée, brunâtre. (Frictions avec 60 grammes d'onguent napolitain et baume tranquille.)

Quatorzième jour. — Grand abattement; toux; pouls faible, déprimé; plusieurs vomissements dans la journée.

Quinzième jour. — Vomissements continuels durant la nuit; plus de selles (Demi-lavement émollient, glace dans la bouche.)

Seizième jour. — L'usage de la glace n'apaise pas les vomissements; il n'y a pas eu de selles : pas de douleur dans l'abdomen, qui est toujours distendu par un liquide; pouls petit; abattement extrême; douleur très-vive à la région épigastrique; râle trachéal; décomposition des traits. (Lavement purgatif, glace, potion laudanisée, frictions d'onguent mercuriel sur le ventre et d'huile de croton à l'épigastre.) La malade expire à 3 heures, au milieu de ce formidable cortége de symptômes.

Autopsie. Région inguinale : tout le tissu cellulaire de la région inguinale est infiltré d'une énorme quantité de pus; les ganglions sont compris dans cette masse purulente.

Système veineux : la veine cave est vide et revenue sur elle-même dans toute la région dorso-lombaire; au niveau du sacrum, elle contient un caillot adhérent, immédiatement au-dessous duquel ses deux divisions plongent dans un foyer purulent, dont le muscle psoas fait partie; le plexus lombaire est disséqué par la suppuration, qui a détruit une partie des fibres musculaires; la veine fémorale, au-dessous du pli de l'aine, est entièrement oblitérée par un caillot ramolli au centre et contenant du pus.

Cavité abdominale : épanchement séro-purulent dans le péritoine, qui est d'ailleurs peu injecté sur les circonvolutions intestinales, tandis qu'il l'est fortement sur l'épiploon; la rate est volumineuse, de consistance normale, de couleur rosée, tachetée de brun; le foie présente sur la portion gauche de sa face convexe une épaisse fausse membrane; la vésicule biliaire est très-distendue; le rein droit est plus volumineux que de coutume, ramolli; la tunique péritonéale s'en détache très-aisément, et une arborisation pâle se dessine à sa surface; le gauche, plus volumineux, présente les mêmes altérations, et, de plus, des ecchymoses disséminées à sa superficie.

Cavité thoracique : le cœur gauche renferme un caillot fibrineux décoloré; le droit, un énorme caillot dont une portion est décolorée.

Engouement considérable du poumon gauche en arrière; le droit est revenu sur lui-même et couvert de fausses membranes.

Le membre inférieur droit est le siége d'un œdème considérable.

Cette observation nous intéresse spécialement par la complication de la phlébite et par la circonstance étiologique de la main introduite dans la matrice par la sage-femme, pour retirer le placenta. Dans la symptomatologie, la péritonite a dominé.

Obs. XXXVI. — *Abcès du ligament large ouvert artificiellement et avec succès par le vagin* (1). — Une femme de 30 ans, mal portante, et souffrant souvent du ventre depuis huit ans, c'est-à-dire depuis une couche à la suite de laquelle elle a eu une inflammation du bas-ventre, entra, le 12 juin 1841, à la Maison royale de Santé. Il y a un mois, sans cause connue, douleurs très-vives dans le côté droit du ventre, avec pesanteur sur le siége, constipation et envies fréquentes d'uriner. L'état général est des plus mauvais. La malade, pâle, maigre, est très-affaiblie.

On reconnaît dans le côté droit de l'hypogastre une tumeur douloureuse, du volume d'une orange, qui descend en arrière et sur le côté correspondant de l'utérus. Correspondance de fluctuation entre le bas-ventre et le vagin, dans lequel la tumeur fait une saillie très-prononcée.

Le 14, M. Monod pratique une ponction sur la paroi postérieure du vagin, à l'aide d'un bistouri garni convenablement. Il ne s'écoule d'abord qu'une petite quantité de pus mélangé de sang; mais ensuite il sort de la matière purulente pure et en abondance. Prompt soulagement; cinq ou six jours après, l'ouverture s'étant fermée, les souffrances du ventre augmentèrent, et, la fluctuation reparaissant, on pratiqua une nouvelle ponction. Plus tard, on introduisit, deux jours de suite, une sonde de caoutchouc dans la plaie pour l'empêcher de se fermer. (Observation inachevée.)

Quoique incomplète, cette observation nous fournit un enseignement. Il paraît certain que la pre-

(1) Bourdon. Revue médicale, 1841.

mière ouverture était trop petite : aussi s'est-elle cicatrisée, et a-t-il fallu recommencer. L'invasion datait de huit ans.

Obs. XXXVII. — *Abcès dans la paroi postérieure de la matrice ; incision par le vagin ; guérison* (1). — Chez une autre femme, l'abcès s'était développé à la suite d'un accouchement laborieux terminé par le forceps. Quinze jours après la délivrance, la femme se plaignit de douleurs sourdes vers le sacrum et d'un sentiment incommode de pesanteur sur le rectum. M. Duparcque sentit le col utérin déjeté en avant, et la paroi postérieure saillante, arrondie au fond du vagin, et présentant de la fluctuation. Alors il pratiqua une incision sur ce point, à l'aide d'un bistouri droit. Il s'écoula un verre environ de pus consistant et légèrement rougeâtre. La malade fut promptement rétablie.

Il n'est pas certain que l'abcès eût son siége dans la paroi postérieure de l'utérus. Nous croyons voir là un abcès du tissu cellulaire du cul-de-sac recto-vaginal.

Obs. XXXVIII. — *Abcès du ligament large, ouvert artificiellement par le vagin, et en travers des parois abdominales ; guérison* (2). — La nommée Lasaigne, 20 ans, brossière, entre, le 1er février 1840, à l'Hôtel-Dieu. Elle est accouchée heureusement, il y a cinq semaines, de son premier enfant. Depuis ce temps, elle a souffert du ventre, et s'est aperçue qu'une tumeur se formait dans le bas-ventre à droite. Fièvre, frissons, vomissements.

A son entrée, elle est pâle, ses yeux sont excavés ; frissons irréguliers dans le jour ; sueur pendant la nuit ; pouls petit et fréquent ; douleur pendant la défécation et l'émission des urines ; tumeur dure et résistante, du volume d'une grosse pomme, dans le côté droit de l'hypogastre. Par le vagin, on trouve de la fluctuation à droite et en arrière du col de l'utérus. M. Récamier pratique immédiatement une incision antéro-postérieure sur ce point, aucune pulsation n'indiquant la présence d'une artère. Un flot abondant de pus de bonne nature s'écoule. (Injections dans le foyer, bains, cataplasmes.)

Le lendemain, la malade se trouve très-bien ; cependant le pouls reste fréquent, l'émission des urines douloureuse ; une sensibilité vive persiste dans le côté droit de l'hypogastre. La tumeur du côté du vagin diminue considérablement, ainsi que la quantité de la suppuration ; mais on sent toujours de la résistance vers la fosse iliaque.

Le 26, une tumeur fait saillie à l'aine, au-dessus du ligament de Fallope, et devient le siége de vives douleurs avec élancements et pulsations. Le moindre mouvement du membre inférieur droit, et surtout son extension, augmentent beaucoup les souffrances.

Le 27, on reconnaît de la fluctuation à l'aine ; sueurs nocturnes abondantes ; fièvre continue. L'ouverture du vagin est cicatrisée.

Le 29, deux morceaux de potasse caustique sont appliqués sur le point saillant et le plus déclive de la tumeur. Le lendemain, on fend l'eschare, et on place dans la plaie deux nouveaux fragments de potasse.

Le 2 mars, M. Récamier incise dans le fond de la solution de continuité obtenue par le caustique, et donne issue à une grande quantité de pus séreux, qui répand une odeur fétide fortement alliacée.

Immédiatement après cette nouvelle opération, il y eut un soulagement remarquable : les mouvements du membre inférieur cessèrent promptement d'être douloureux.

Le 25 mars, l'ouverture était oblitérée.

Ce qui nous frappe surtout, dans ce cas, et ce qu'il faut retenir, c'est la formation d'une tumeur à l'aine, nonobstant l'ouverture faite par le vagin.

Obs. XXXIX. — *Abcès situé entre la vessie et l'utérus ; ouverture spontanée dans la cavité abdominale ; péritonite suraiguë ; mort ; autopsie* (1). — Une femme de 21 ans, bonne santé habituelle, accouchée naturellement il y a quinze jours, a éprouvé, le cinquième jour de ses couches, sans cause connue, des frissons, de la fièvre, et une perte très-abondante, en même temps que les seins, d'abord gonflés, étaient devenus promptement flasques. Bientôt, douleurs vives dans le ventre, où la malade découvre une grosseur sensible à la pression. Entrée à l'hôpital.

Faiblesse, fièvre, constipation sans nausées ni vomissements. On trouve dans l'hypogastre une tumeur douloureuse occupant tout le côté droit, et on s'assure que le col utérin est très-élevé. (Deux petites saignées à un jour de distance ; catap., frict. merc., huile de ricin.) Les jours suivants, un peu d'amélioration. Le quatrième jour, la tumeur parut diminuée, et tout à coup, dans l'après-midi, il survint des symptômes de péritonite suraiguë. Mort au bout de quarante-huit heures.

A l'autopsie, on trouva le péritoine viscéral d'un blanc laiteux ; le feuillet pariétal offrait une teinte opaline ; l'épiploon, très-friable, présentait plusieurs points d'une couleur pourpre. Dans la cavité péritonéale, il existait un liquide louche, ressemblant à du petit-lait mal clarifié. Les intestins, agglomérés en masse, étaient maintenus en place par l'épiploon, et leurs anses lâchement unies par de faibles adhérences. La membrane muqueuse intestinale était pâle et les follicules isolés développés. On examina avec soin la tumeur qui plongeait dans l'excavation pelvienne, et on reconnut qu'elle la remplissait presque complétement. Le cœcum et les portions voisines de l'intestin venaient y adhérer. L'épiploon se fixait à sa partie antérieure, et derrière ces adhérences on apercevait sur la tumeur une ouverture ovalaire ayant environ 2 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur. Le pourtour de l'orifice était tapissé par de fausses membranes, et c'est là surtout que les traces de péritonite étaient prononcées. Cette perforation faisait communiquer la cavité du péritoine avec un abcès du volume d'une grosse pomme. Le foyer contenait environ un verre de pus séreux tenant en suspension des flocons blanchâtres, et sa face interne était

(1) Bourdon.
(2) Ibid.

(1) Bourdon.

tapissée par une membrane qui représentait bien une membrane pyogénique. Les parois, épaisses de plusieurs millimètres, avaient une structure lardacée, presque cartilagineuse en divers points. La cavité de l'utérus, pouvant loger une noix, renfermait une petite quantité de sang. La face interne de cet organe était inégale, rugueuse. Ses parois étaient épaisses, et l'antérieure se confondait, au niveau du col, avec la tumeur, dont elle formait comme la paroi postérieure. Le col utérin était effacé, et son orifice externe déchiqueté, irrégulier. Le vagin dilaté avait des parois minces. La vessie, très-pâle à sa face interne, présentait cependant quelques points ecchymosés. Le tissu cellulaire qui l'environne était infiltré de sérosité, de même que les ovaires. Quant aux autres organes, ils étaient, pour la plupart, anémiés et œdématiés.

Amélioration décevante ! Pendant que le médecin pouvait croire à l'efficacité de son art, la nature, impatiente, travaillait à se débarrasser aux dépens des jours de la malade. Peut-on se reprocher de ne l'avoir pas devancée ? Ce cas est important sous le rapport de l'anatomie pathologique.

Obs. XL.—*Abcès du ligament large; incision pratiquée à l'hypogastre; huit jours après, ouverture spontanée de la tumeur dans la cavité abdominale; péritonite; mort. Autopsie* (1).—Une femme de 26 ans accouche naturellement à la Maternité, le 21 mars 1841. Dès le surlendemain, elle fut prise de dévoiement et d'une douleur très-vive dans le bas-ventre (saignée). Les jours suivants, il y eut un peu de mieux, et la malade sortit de l'hôpital encore très-souffrante. Dès son arrivée chez elle, frissons, nausées; vomissements et douleurs dans l'émission des urines. Elle entra avec ces symptômes, le 3 avril, à l'Hôtel-Dieu : ventre très-sensible à l'hypogastre ; l'utérus dépasse les pubis d'environ 3 centimètres. Le toucher vaginal produit de vives douleurs quand on presse sur le museau de tanche et sur l'utérus. La pression exercée sur le fond de la vessie est douloureuse ; il y a un peu d'écoulement blanc sans odeur. Le pouls est à 100; diarrhée; toux et crachats muqueux. (Sangsues, ventouses scarifiées, bains, cataplasmes.)

Le 7, on constate dans le ligament large gauche la présence d'une tumeur grosse comme une pomme, dure, régulière et douloureuse. (Sangsues, cat., calomel, frict. merc.)

Quelques jours après, il survint des battements et des élancements dans la tumeur, qui se dessina à l'hypogastre. Le 25, on y sentit une fluctuation manifeste.

La suppuration ne se déversant pas du côté du vagin, on fait une application du caustique de Vienne sur la tumeur. Incision dans le fond de l'eschare ; il sortit environ un verre et demi de pus bien lié, mais répandant une odeur légèrement alliacée. Une mèche dans l'ouverture. Quelques jours après l'opération, le pus ayant pris une odeur fétide, on fit des injections d'eau tiède dans le foyer. Le 10 mai, à peine une cuillerée de liquide était-elle arrivée dans la cavité, que la malade éprouva des douleurs très-vives dans le ventre. Péritonite aiguë, puis chronique. Mort le 30 mai.

Autopsie. Dans l'abdomen, les intestins sont pelotonnés, adhérents entre eux, avec les organes voisins et la paroi antérieure du ventre, au moyen de fausses membranes. Le péritoine est presque partout d'un gris ardoisé, et le tissu cellulaire sous-séreux est injecté. Il y a un épanchement péritonéal assez abondant, formé par un liquide séro-purulent d'une couleur grisâtre, sale, dans lequel nagent des flocons de diverses formes, des portions de pseudo-membranes. On trouve même, entre les intestins agglomérés, au milieu des adhérences, un assez grand nombre de foyers purulents. L'un deux, pouvant loger un œuf de poule, communiquait avec le thorax à travers une perforation du diaphragme. Un autre, à peu près de la même capacité, placé dans le cul-de-sac recto-vaginal, s'ouvrait dans le rectum. Enfin on trouva, dans la partie supérieure du ligament large gauche, la tumeur qu'on avait reconnue et incisée pendant la vie. Elle a le volume d'une moyenne pomme et renferme quelques cuillerées d'un pus grisâtre. Ses parois, épaisses de 3 millimètres, offrent à leur face interne un aspect de membrane muqueuse et une teinte gris foncé. Ses rapports sont les suivants : en dedans, elle répond au bord gauche de l'utérus, qui est fortement incliné du côté droit, et à la collection purulente anti-rectale; en dehors, à la fosse iliaque gauche; sa paroi inférieure est formée en grande partie par la trompe et l'ovaire abaissés fortement (la face supérieure de ces organes, qui est baignée par le pus, présente la teinte de ce liquide et un léger degré de ramollissement) ; la paroi supérieure de la tumeur est en rapport avec le péritoine doublé de fausses membranes; l'antérieure répond au côté gauche de l'hypogastre, et on constate qu'elle a contracté des adhérences très-épaisses et très-solides avec la face postérieure de la paroi abdominale, au niveau de l'eschare. Dans aucun point de ces adhérences qui entourent l'ouverture pratiquée, on ne trouve le moindre décollement, le plus petit pertuis. Le foyer en arrière est appuyé sur le rectum, avec lequel il a des adhérences partielles. Sur cette paroi postérieure, recouverte de fausses membranes, et un peu supérieurement, on découvre une perforation à bords amincis, ulcérés, du diamètre de 3 centimètres au moins, qui permet au liquide purulent de l'abcès de s'épancher dans le péritoine. L'utérus n'offre pas de lésion. La seule altération que présente le vagin, c'est une coloration rouge-brun de la membrane muqueuse. Rien d'anormal dans les autres organes.

Ainsi, malgré l'ouverture par le caustique, il se fit une perforation de la tumeur dans le péritoine. Mais ce qui est plus remarquable et plus fâcheux, c'est qu'elle paraît s'être opérée ou du moins achevée par l'effet de l'injection. Anatomie pathologique très-importante.

Obs, XLI.—*Abcès siégeant dans la paroi recto-vaginale; incision pratiquée par le vagin; guérison* (1).—Une femme de 23 ans, d'une bonne constitution, s'étant refroidie après un accouche-

(1) Bourdon.

(1) Bourdon.

ment, fut prise de métro-péritonite. Traitement antiphlogistique énergique. A peine convalescente, la malade voulut reprendre ses occupations. Rechute. Cette fois, on trouve dans le petit bassin une tumeur dure, sensible, du volume d'une grosse pomme, placée entre le rectum et le vagin.

Bientôt la suppuration se décèle par la fluctuation, que l'on perçoit en touchant par le vagin et par le rectum en même temps. La tumeur fait une très-forte saillie dans cet intestin, et la constipation est opiniâtre.

Incision de la tumeur au travers de la paroi postérieure du vagin; il sort une grande quantité de pus. Soulagement; injections dans la cavité. Dix jours après l'opération, la malade commence à se lever. Guérison.

Encore le froid pour cause. La constipation, effet de la compression de l'intestin par la tumeur, ou du moins très-explicable de cette manière, mérite attention.

Obs. XLII. — *Abcès du petit bassin pris pour une affection cancéreuse de l'utérus; incision de la tumeur devenue très-volumineuse, sortant par la vulve, et présentant une fluctuation manifeste; suppuration abondante; mort; autopsie* (1). — M. Nathalis Guillot reconnut, chez une femme de 25 ans, une tumeur proéminant fortement dans le vagin et remontant jusque dans le côté droit de l'hypogastre; elle était élastique, et l'on crut même y sentir de la fluctuation.

Un chirurgien l'avait prise et la prenait encore pour un cancer. Elle grossissait tous les jours et devenait de plus en plus saillante dans le vagin; enfin elle sortit par la vulve, et l'examen étant alors des plus faciles, la fluctuation fut évidente. On fit l'ouverture sur la partie déclive de la tumeur, au-dehors des organes génitaux. Il s'écoula à l'instant une grande quantité de pus, et on fut obligé de reconnaître dans cette tumeur un abcès ou un kyste en suppuration.

L'opération, très-simple, fut faite sans accidents; mais, par la suite, la tumeur suppura beaucoup et longtemps; la femme s'affaiblit progressivement et mourut.

L'autopsie permit de constater que le kyste était placé dans le ligament large droit, et fit présumer qu'il avait pris naissance dans l'ovaire correspondant.

On ignore si cette tumeur était une suite de couches. Nous ne la rapportons pas moins, à cause de l'erreur de diagnostic à laquelle elle donna lieu et du point où elle vint se produire.

(*La suite au prochain numéro.*)

---

18. *Des conserves et des lunettes. Leurs avantages et leurs inconvénients.* (Leçon recueillie par le docteur E. Boniver, de Langres, chef de clinique, membre de la Société médicale d'émulation de Lyon). — Clinique ophthalmologique de M. Desmares.

(Gazette des Hôpitaux, N° 113.)

Les conserves et les lunettes sont des instruments d'optique destinés à modifier les rayons lumineux qui parviennent à l'œil dans l'acte de la vision, de façon à diminuer la fatigue de l'organe ou à rendre la vision plus parfaite. L'usage de ces instruments est si répandu, il offre de si grands avantages quand il est appliqué avec discernement, et il peut entraîner de si graves inconvénients pour l'organe de la vision lorsqu'il est abandonné à l'inexpérience des personnes qui, par caprice ou par nécessité, y recourent, qu'il est utile d'attirer l'attention des praticiens sur cette partie de la médecine oculaire, et de préciser les cas où cet usage peut être utile et ceux où il doit être rejeté comme dangereux ou superflu. On trouve peu de renseignements sur ce point dans les auteurs; nous mentionnerons cependant les articles que MM. Rognetta et Szokalski ont fait paraître dans les *Annales d'Oculistique* et dans l'*Examinateur médical*.

Beaucoup de personnes portent des lunettes par simple coquetterie; d'autres, trouvant leur vue imparfaite, cherchent à la corriger par leur usage. Toutes vont directement chez l'opticien, choisissent la monture qui leur plaît, y font adapter les verres qui leur semblent remplir le but qu'elles se proposent, et sont ainsi souvent conduites à se servir de verres tout opposés à ceux qu'exige l'état de leurs yeux. Supposons, en effet, un individu atteint d'une légère congestion des membranes internes de l'œil, telle que les conditions de réfraction soient changées de façon à simuler une myopie; il va chez l'opticien qui lui donne des lunettes à verres concaves : l'œil de cet homme sera certainement fatigué par la dispersion des rayons lumineux, et la congestion, au lieu de diminuer, augmentera indubitablement. Beaucoup de maladies des yeux réclament le sage emploi des lunettes : la myopie, la presbytie, le mydriasis, la cataracte commençante ou opérée, l'amaurose, le strabisme, etc., sont de ce nombre. Dans beaucoup d'autres, il peut être nuisible; aussi l'étude des lunettes, de leurs avantages et de leurs inconvénients, nous paraît-elle mériter quelque intérêt.

Généralités. — Les lunettes et les conserves sont formées de deux parties distinctes : la monture et les verres.

La monture des lunettes se compose elle-même de trois parties : 1° de deux cercles à rainure dans lesquels sont enchâssés les verres; 2° d'une arcade destinée à les réunir et à maintenir l'instrument sur le dos du nez; 3° de deux branches latérales, articulées avec les cercles, qui se fixent contre les tempes.

Les cercles des lunettes doivent se mouler exactement sur la forme des verres et les maintenir avec solidité. Ils sont ouverts à leur partie externe pour faciliter l'introduction du verre. De chaque côté de cette ouverture sont implantées de petites branches transversales destinées à porter une vis qui les réunit entre elles lorsque le verre a été mis en place, à fournir la charnière pour l'articulation des branches latérales, et à mesurer l'espace compris entre la partie externe du cercle et la ligne tangente à la surface temporale. Ces petits appendices devront donc être d'autant plus longs, que les personnes pour lesquelles les lunettes sont destinées auront les temporaux plus écartés.

(1) Bourdon.

L'arcade centrale de la monture servant à maintenir l'instrument sur le dos du nez devra s'adapter parfaitement à sa courbure ; elle aura une longueur, en outre, telle, que le centre des verres soit parfaitement en rapport avec l'axe visuel des yeux. Sans cette précaution, il n'y a qu'un seul œil qui voie au travers du verre qui lui est adapté ; il en résulte du trouble dans la vision et la fatigue de l'autre œil qui fait effort pour se mettre dans une position convenable. Telle est bien souvent la cause de céphalalgies dont se plaignent les personnes qui portent des lunettes.

Les branches latérales des lunettes doivent avoir une courbure qui s'accommode à celle de la région temporale. Elles ont ordinairement une brisure verticale pour qu'elles puissent se recourber derrière l'oreille. Dans les lunettes des femmes, cette brisure est presque toujours remplacée par une boucle qui peut servir à passer un cordon pour lier les lunettes derrière la tête. Toutes les fois qu'on ne les emploie pas, cette disposition est vicieuse, parce que rien ne maintient les lunettes sur le nez ; elles glissent, et bientôt le centre des verres ne se trouve plus en rapport avec l'axe visuel. Mieux vaudrait encore le pincez-nez de nos pères, malgré ses imperfections ; cet instrument avait du moins l'avantage de maintenir les verres à une distance toujours constante de l'œil, et il évitait ainsi à cet organe la fatigue continuelle d'une accommodation nouvelle de ses milieux à chacun des changements de condition de réfraction, c'est-à-dire à tous les mouvements de l'instrument. Il est vrai de dire que les branches brisées ont l'inconvénient de défriser et même d'arracher les cheveux ; il serait donc à propos de remplacer la brisure par une courbure verticale à peu près à angle droit et fixe, qui servirait à accrocher les lunettes derrière les oreilles. Pour que les branches brisées, ainsi que celles à crochet que nous venons d'indiquer, aient tous leurs avantages, il faut qu'elles ne soient ni trop courtes ni trop longues, pour pouvoir maintenir les lunettes dans une parfaite immobilité, quels que soient les mouvements de la tête.

Les montures de lunettes se font en or, en argent, en écaille ou en acier. Elles doivent être légères, pour ne pas fatiguer par leur poids, et pourtant assez fortes pour ne point se courber en différents sens, car les verres perdraient alors leur rapport exact avec l'axe visuel. Nous en avons vu plus haut les conséquences.

Verres. — La mode a beaucoup fait varier leur forme ; mais cette forme a peu d'importance en elle-même, pourvu que, lorsqu'ils doivent servir à voir dans toutes les directions, leurs dimensions soient assez grandes. En effet, s'ils étaient trop petits, on ne pourrait voir à travers que les objets placés en face. Ceux placés de côté seraient mal vus, et ce serait là le moindre inconvénient. Les verres doivent être d'une parfaite limpidité, ne présenter ni bulles dans leur épaisseur, ni aspérités, ni lignes à leur surface ; ils doivent être taillés de telle manière que leur foyer réponde exactement au centre de la courbe que leur contour présente. Une seule ligne, même sur des verres plains, peut défigurer les objets. — C'est ainsi qu'un de nos littérateurs les plus distingués qui vint me consulter voyait une image inclinée dès qu'il prenait ses lunettes. Après m'être assuré de l'intégrité de la vue, je donnai le conseil de remplacer les verres sur lesquels j'avais aperçu ce défaut ; l'opticien trouva sans doute plus simple de les changer de côté, car, quelques jours après, M.... revint me trouver parce qu'il voyait encore le même phénomène se produire ; mais cette fois l'inclinaison était à gauche au lieu d'être à droite. Alors il fit changer les verres en sa présence, et jamais depuis cela ne s'est représenté.

De tout ce qui précède, il résulte entre autres choses : que la monture des lunettes doit être proportionnée, quant à sa longueur, à l'écartement des yeux et des tempes ; que l'arcade centrale doit s'adapter exactement à la courbure du nez ; que l'axe oculaire doit passer par le centre des verres ; que les branches latérales doivent mesurer exactement la distance comprise entre l'extrémité de la branche transversale et le pavillon de l'oreille, derrière lequel elles se recourbent, etc. Ne pourrait-on point en tirer comme conséquence qu'il serait peut-être bien nécessaire d'introduire parmi les gens du monde l'habitude de prendre mesure de lunettes comme l'on prend mesure pour un vêtement quelconque ? C'est cette nécessité qu'a si bien comprise un savant italien, atteint de presbytie, qui habite les environs de Paris, qu'il s'est fait mouler la face afin que l'ouvrier pût mieux remplir ses intentions. Il a fait faire les verres très-petits et les a placés très-bas, de façon à voir facilement par-dessus. La petitesse des verres ne le gêne aucunement, car depuis vingt ans qu'il les porte il n'en a jamais été fatigué, malgré les travaux assidus de cabinet auxquels il se livre ; tandis qu'avant il ne pouvait travailler quelques heures sans éprouver de violents maux de tête. Les lunettes qu'il a fait confectionner réunissent encore l'avantage de ne point le gêner pour voir les objets placés devant lui à distance et de côté, les branches latérales, accrochées sur les oreilles, s'appliquant exactement sur les pommettes et ne masquant le champ de la vue dans aucune direction. J'en ai fait faire un modèle par M. l'ingénieur Chevalier. J'aurai l'occasion d'en reparler lorsque je m'occuperai des lunettes en particulier.

Etudions d'abord les conserves proprement dites.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

19. *De la transplantation de la cornée sur l'homme.*

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, sept. 1844.)

Nous avons déjà dit quelques mots des essais tentés par divers expérimentateurs pour transplanter la cornée d'un animal à un autre ; M. Feldmann (numéro de juillet de *l'Encyclographie*, tom. 143, page 69), a publié un mémoire substantiel sur ce sujet. Il paraît que Reisinger proposa le premier, en 1824, de traiter le leucoma central incurable en enlevant la portion malade de la cornée et y substituant la cornée d'un animal. Il avait fait, dès 1818, une expérience qui, disait-il, avait parfaitement réussi. Dieffenbach, en 1831, répéta cette

expérience à diverses reprises, mais sans succès ; et depuis lors se sont succédé dans la même voie Drolshagen, Thomé, Wutzer, Himly, Munk, Muhlbauer, Kœnigshœfer, Hauenstein en Allemagne, Biggers en Angleterre, MM. Plouvier et Desmarres en France, et avec des résultats fort divers. Tantôt, en effet, la réunion échoue et la cornée se mortifie ; ou bien la réunion se fait, mais la cornée devient opaque ; enfin, quelques-uns disent avoir vu la cornée se conserver claire et transparente, ce qui constituerait de véritables succès. Malheureusement, M. Feldmann, soumettant tous ces travaux à une sévère critique, a fait voir que les rares succès annoncés étaient plus que douteux ; et pour les cas les plus heureux il a déduit de ses propres expériences ces deux conclusions principales :

« *La transparence de la cornée étrangère subsiste dans les premiers jours de l'opération, mais disparaît plus tard. La cornée change de couleur à mesure que la vascularisation se développe dans son tissu ; elle finit par devenir plus ou moins opaque.*

« *La cornée réellement transplantée finit par se rapetisser par suite de la résorption de la moitié ou plus de son étendue, et par devenir tantôt aplatie, tantôt bombée.* »

Jusque-là, c'étaient donc des expériences curieuses pour les physiologistes, mais qui ne paraissaient pas devoir beaucoup profiter à la chirurgie. Toutefois, des opérateurs que nous nous contenterons d'appeler plus pressés que les autres en ont fait l'application sur l'homme : le professeur Wutzer, de Bonn, et le docteur Kissam, de New-Yorck. Nous ignorons à qui appartient la priorité ; il faut pourtant reconnaître que M. Wutzer n'a pas jugé à propos de publier lui-même ses opérations ; M. Feldmann en a pu donner seulement la note suivante, communiquée par le docteur Rademaker.

« Dans deux cas d'opération kératoplastique sur l'homme, j'ai aidé M. le professeur Wutzer. Les deux individus étaient aveugles par suite de la petite vérole. M. Wutzer se servit pour l'enlèvement de la cornée humaine du staphylôme (*sic*) de Barthel Siebold. Il remplaça la cornée humaine par une cornée de brebis, enlevée à l'animal vivant. La transplantation a réussi dans les deux cas ; mais les cornées sont devenues opaques par le haut degré d'inflammation qui suivit l'opération. Ce n'est que dans un de ces cas que l'individu opéré put indiquer plus tard, et au grand jour, les fenêtres et la porte ouvertes ; tandis qu'avant l'opération cet individu ne pouvait pas apercevoir même les rayons lumineux les plus forts. »

Nous trouvons l'autre essai du docteur Kissam dans un des derniers numéros de l'*Edimb. Med. and Surg. Journal*, qui l'a emprunté lui-même au *New-York Journal of Medicine*, *march* 1844 ; nous traduisons littéralement et sans commentaires.

Obs. — « Le sujet de cette observation était un Irlandais, âgé de 35 ans, qui avait un œil absolument perdu et l'autre affecté d'un staphylôme avec adhérences de l'iris. La transplantation de la cornée était l'unique ressource qui offrît quelque chance de rétablir la vue : l'opération fut résolue et pratiquée dans l'automne de 1838, en présence des docteurs Paul, Roberts, J.-B. Kissam et Pratt. La cornée à transplanter fut prise sur un cochon de 6 mois ; mais, pour pouvoir l'obtenir, il fut nécessaire d'enlever d'abord le globe de l'œil en entier. La portion centrale de la cornée, dans une largeur d'environ la moitié de l'ongle du pouce, fut excisée, placée sur le bout d'un bouchon ; et l'on passa deux ligatures sur sa circonférence aux deux extrémités de son diamètre.

« On arriva alors au malade lui-même : avec le couteau à cataracte de Beer, on enleva ce qu'il était nécessaire de retrancher de la cornée opaque proéminente ; on appliqua la cornée de cochon sur l'ouverture, et on la fixa dans cette position par les deux ligatures placées dans la direction des commissures des paupières. On coupa les ligatures très-près, et on ferma les paupières.

« Vingt-quatre heures après, en entr'ouvant les paupières, on vit qu'il s'était développé un violent chémosis ; mais, douze heures plus tard, il était assez diminué pour permettre de constater l'état de l'œil. La cornée étant trouvée suffisamment adhérente, on enleva les ligatures. Le chémosis était si considérable que le bourrelet formé par la conjonctive servait comme de coussin protecteur pour préserver la cornée transplantée de l'irritation du frottement des paupières ; mais, ce qui était encore plus important, il enchâssait la cornée transplantée de manière à l'assujettir en place. Cela contribua peut-être à assurer l'adhésion ; car, au lieu de se présenter bord à bord, la cornée transplantée était appliquée par-dessus les bords de la cornée malade, de telle sorte que la surface coupée portait sur la surface de la conjonctive.

« La vision fut améliorée immédiatement après l'opération ; mais comme les humeurs de l'œil étaient elles-mêmes malades, elle demeura toujours imparfaite. La cornée resta transparente durant une quinzaine de jours, après quoi elle devint opaque ; et dans l'espace d'un mois elle avait été absorbée. (*It was absorbed.*) »

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

21. *De l'influence des maladies du cœur sur les facultés intellectuelles et morales de l'homme;* par le docteur SAUCEROTTE, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc., médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Lunéville.

(Annales médico-psychologiques, septembre 1844.)

Il est peu de questions aussi intéressantes, il n'en est pas qui ait été autant négligée que celle de l'influence qu'exercent sur nos facultés intellectuelles et morales les maladies chroniques des viscères autres que le cerveau. Les beaux travaux de la science moderne sur le système nerveux, en concentrant l'attention des observateurs sur cet appareil, nous ont trop fait perdre de vue, peut-être, le rôle important que jouent les divers instruments de la vie organique dans la production de certains phénomènes morbides dont on croit devoir toujours chercher le point de départ dans l'encéphale, lorsque les troubles des centres nerveux ne sont souvent que secondaires à une affection des cavités thoracique ou abdominale. En un mot, il reste à tenter, ce me semble, pour la physiologie de l'homme malade, ce que Cabanis a fait avec bonheur pour la physiologie de l'homme sain : chercher les modifications qui naissent dans les facultés psychologiques des individus atteints de certaines lésions organiques. La question, étudiée et approfondie par de savants observateurs en ce qui concerne les maladies du cerveau, reste, je le répète, entièrement neuve quant aux affections des autres appareils. Certes je ne viens pas ici avec la prétention de lui donner une solution, d'en formuler les lois; mais j'aurai atteint mon but si j'ai attiré sur un point aussi intéressant de philosophie et de pratique médicales l'attention de mes confrères.

D'abord, obligé de me restreindre dans un sujet aussi vaste, je ne m'occuperai ici que des *maladies du cœur*, que j'ai plus particulièrement étudiées depuis quelques années, et sur lesquelles j'ai réuni plusieurs observations assez curieuses au point de vue qui nous occupe.

C'est une chose fort remarquable que l'accord de toutes les langues parlées sur le globe pour désigner le cœur comme le *siége de la sensibilité morale et des passions* qui en résultent. Certes, une telle unanimité doit donner à réfléchir. Il faut qu'il y ait au fond de cette erreur physiologique un fait d'observation qu'il s'agit seulement de dégager de l'induction erronée qu'on en a tirée.

Dira-t-on simplement que le cœur étant l'un des premiers à ressentir et le plus à même de manifester par ses battements précipités les impressions qui se communiquent du cerveau aux viscères, on a dû naturellement, prenant l'effet pour la cause, lui attribuer le rôle le plus important dans les passions et les affections de l'âme? Soit; mais est-ce là tout? Non, certes; et ici se place un autre fait non moins incontestable : c'est le développement extrême de la sensibilité morale chez *la plupart* des individus qui offrent une hypertrophie plus ou moins avancée du cœur, ou simplement une prédominance relative de cet organe. Observez de près ces personnes qui sont, comme on dit vulgairement, *très-sensibles* : espèces de sensitives du règne animal, qui dans leur enfance versaient des torrents de larmes au moindre reproche, dont les yeux se mouillent en vous racontant leurs maux; dont le pouls bat cent pulsations à la minute à l'approche du médecin, lors même qu'ils n'ont pas de fièvre; ces individus qu'un regard déconcerte, qu'un mot trouble, qui rougissent en vous parlant, se laissent emporter à la fougue d'une première impulsion ou d'une colère irréfléchie, s'émeuvent au point de trembler dans des circonstances où d'autres garderaient leur sang-froid, et vous trouverez communément chez eux une hypertrophie plus ou moins développée, ou tout au moins une prédominance congénitale du cœur.

Dira-t-on que c'est le cerveau qui, en réagissant violemment sur le cœur, en provoquant des palpitations fréquentes, des troubles variés de la circulation, a fini par développer chez ces individus une surexcitation morbide de l'organe central de la circulation, et par suite le genre de lésion que nous signalons ici? Cette explication serait assez spécieuse, si elle n'était démentie par le fait de l'existence *congénitale* de cette hypertrophie chez les individus dont nous venons de parler.

Il ne serait pas moins intéressant de rechercher quelle influence ce même état pathologique exerce sur l'intelligence et sur la volonté. Nous verrions que, passant fréquemment d'une impression à une autre, et sans cesse ébranlés dans leurs facultés affectives, ces mêmes individus ne sont pas doués, en général, de cette force d'attention, de cette ténacité à poursuivre une idée, de cette puissance d'abstraction qui nous isole complétement du monde extérieur, et qui caractérise, au moins dans les sciences exactes, les têtes les mieux organisées. Nous comprendrions pourquoi, peu maîtres d'eux-mêmes, ils ne sont pas susceptibles de gouverner leur volonté avec ce calme, ce sang-froid qu'a l'homme qui a fortement conscience de lui-même, *sui compos*, et qu'aucun ébranlement né de la sensibilité ne vient troubler dans l'élaboration de ses idées. Tel est, pour en citer un illustre exemple, le grand capitaine des temps modernes, Napoléon, dont le pouls, au rapport de Corvisart, ne battait que quarante fois par minute, et dont le cœur fut trouvé très-petit à l'autopsie. Je crois qu'il doit en être de même chez tous les hommes de cette trempe. — On sait quelle forte secousse le battement des artères occasionne dans la masse encéphalique, et l'on conçoit *à priori* quel trouble doit résulter dans le travail de l'intelligence de chocs violents, répétés avec une fréquence anormale sur l'organe dans lequel nos idées s'élaborent (1). Ajoutez à cela la

(1) Qu'induire de là contre l'existence d'une force immatérielle supérieure à l'organisme, lequel n'en est véritable-

perturbation que doit produire dans la stimulation physiologique et dans la nutrition de cet organe un sang qui ne peut être aussi précipité dans son cours sans avoir subi de profondes modifications dans sa constitution intime. Voyez, en effet, ce qui se passe chez les animaux que l'on a fait longtemps courir...

Mais abandonnant des généralités qui, bien qu'appuyées sur l'observation et sur une induction sévère, n'auraient peut-être pas, aux yeux de tous, le caractère d'une démonstration rigoureuse, je passe à l'analyse de quelques cas où la maladie du cœur, révélée par des signes non équivoques, se lie par un incontestable rapport de causalité aux troubles divers que l'on voit apparaître dans l'intelligence. Pour ne pas trop m'écarter du but de ce mémoire, je ne citerai que les particularités les plus saillantes de ces faits.

Obs. I. — M....., officier retraité, âgé de 58 ans, d'une constitution robuste, mais fatigué prématurément par la guerre, succomba en janvier 1844 à une hydropisie générale, succédant à une lésion organique du cœur qui s'était révélée depuis longues années par les signes propres à l'hypertrophie avec dilatation des ventricules. Cette maladie offrit à plusieurs reprises des exacerbations assez violentes, qui s'accompagnèrent, deux ou trois ans avant sa mort, d'un dérangement singulier des facultés mentales, lequel ne se manifestait jamais qu'avec le redoublement des palpitations, de l'oppression, etc., et se dissipait avec eux, à l'aide des moyens communément employés contre les affections du cœur (saignées locales, digitale, nitre, etc.). M. était très-religieux. Des révélations intimes lui avaient appris, dit-il, des choses importantes pour le bonheur de la France. Il s'occupait alors à rédiger, sous forme de mémoires, des pétitions aux princes, aux ministres, etc., des réflexions incohérentes, des pensées sans suite sur les affaires publiques, sur la prospérité de l'Etat, sur les destinées du peuple juif, avec mille extravagances sur le Nouveau Testament, sur la mission divine dont il était chargé, etc. Un jour il eut une vision. Une voix d'en haut lui enjoignait de déposer entre les mains d'un prince de la famille royale, alors en séjour à Lunéville, une huile sainte qui devait assurer le bonheur de la dynastie et celui de la France. Vivement préoccupé de cette idée, M. se rend chez un pharmacien, y fait emplette d'une petite fiole d'huile d'amandes douces, attend le prince sur son passage, et lui remet entre les mains la précieuse liqueur sur laquelle reposent, dit-il à son altesse royale, les espérances de la patrie. Tout cela se passait à l'insu de sa famille, dans laquelle M. craignait de trouver de l'opposition à ses vues. Ce n'est que plus tard que tout fut découvert, car sur tout autre chapitre il parlait en homme très-sensé et n'aurait laissé soupçonner à personne le trouble partiel de l'intelligence. Or, il est à remarquer que ce trouble coïncidait constamment avec des exacerbations dans la maladie du cœur, et qu'en se rendant maître de ces accidents, on rendait à l'intelligence sa lucidité ordinaire ; M. reprenait son calme, cessait d'être poursuivi par ses hallucinations. Dans les derniers temps de son existence, il fut constamment préoccupé et agité par les mêmes idées, chaque fois qu'il était plus mal. Il avait fini par me mettre dans sa confidence, et je ne pus obtenir de lui le silence sur ce chapitre, à l'endroit duquel il était intarissable, qu'en lui promettant que je me chargerais de sa mission lorsqu'il irait mieux.

Obs. II. — C..., sous-officier dans un régiment de ligne, éprouva un jour, en sortant de dîner joyeusement avec des amis, une hallucination singulière. Il crut apercevoir des fantômes blancs à formes fantastiques et indéfinissables, qui se posaient devant lui d'un air menaçant. C... crut d'abord qu'il était en proie à l'une de ces aberrations qu'enfantent parfois les fièvres bachiques ; mais la reproduction de ces apparitions vint bientôt le détromper. Honteux de ses terreurs, reconnaissant lui-même qu'il était le jouet d'une fantasmagorie, et craignant surtout les plaisanteries de ses camarades, ce jeune homme n'osa avouer, tant qu'il fut sous les drapeaux, de quelle bizarre affection il était atteint. Mais lorsqu'il quitta le service, il me confia tout, et me demanda conseil. Je ne pus reconnaître autre chose chez lui que les signes propres à une hypertrophie du ventricule gauche. Je soumis ce malade à des saignées générales et locales, à la digitale, aux bains froids, et je parvins à le débarrasser pour deux ans de ses hallucinations. Mais la mort tragique de son frère, que je vais raconter tout à l'heure, le fit retomber dans son premier état, par suite de l'analogie qu'il trouvait, non sans motif, entre leur position mutuelle. Avec l'exacerbation des symptômes pathologiques du cœur, revinrent les hallucinations et les terreurs qui en étaient la suite, et cela à un point tel, que C... n'osait rester seul dans sa chambre, ou coucher seul, dans la crainte d'être poursuivi par ces apparitions, qu'il avait même en plein jour. Le même traitement a ramené du calme; mais C... est souvent inquiet, morose ; il se plaint de palpitations, de douleurs dans la poitrine, de céphalalgie. Il a la crainte de perdre la raison et de finir comme son frère. Du reste, son intelligence est parfaitement nette, et il ne déraisonne sur aucun sujet.

Obs. III. — C..., bonnetier, frère du précédent, homme robuste, d'une quarantaine d'années, me fit appeler, dans l'hiver de 1842, pour de violentes palpitations, accompagnées de céphalalgie, dont il souffrait depuis longtemps, sans, je crois, s'être jamais soigné. Je constatai chez cet homme une hypertrophie avec une dilatation du ventricule gauche, à un degré déjà très-avancé. Son moral, me dit sa femme, n'était pas moins affecté que son physique. Ouvrier rangé et laborieux, C... se persuadait qu'il était dénoncé, poursuivi, honni par tous. Il ne pouvait se montrer quelque part sans s'imaginer entendre les moqueries, les reproches ou les injures de ceux qui l'entouraient : aussi était-il tombé dans la plus sombre mélancolie. Un traitement dirigé contre la maladie du cœur, qui me parut être le point de départ du désordre moral, ramena, en effet,

---

ment que l'instrument? Il y a longtemps que le spiritualisme a démontré, de manière à ne pas y revenir, dans quelles contradictions tombent ceux qui persistent encore à faire jouer à la matière le rôle de cause.

pour quelque temps, du calme dans l'esprit du malade. Mais, dans le cours de l'été, les accidents se renouvelèrent avec une nouvelle intensité. La dureté, la fréquence du pouls, la violence des contractions du cœur, et la céphalalgie dont se plaignait le malade, me décidèrent à lui pratiquer une saignée. Deux heures à peine s'étaient écoulées depuis cette opération, que C..., qui était resté calme en apparence jusque là, prit un prétexte pour sortir de sa chambre, monta à son grenier, et se précipita par la fenêtre dans la rue. Il ne survécut que quelques secondes à sa chute. Je ne pus malheureusement obtenir l'autopsie.

Ces observations reçoivent un nouvel intérêt du fait de la consanguinité des deux malades et du résultat à peu près analogue que la lésion organique du même organe a eu sur l'intelligence. La mère de ces deux individus vient de succomber récemment à une hydropisie déterminée par la même maladie, mais sans derangement de l'intelligence. — Ce fait de l'*hérédité* des maladies du cœur s'est d'ailleurs présenté à moi avec une telle constance, que je le regarde comme une des lois les mieux établies de la pathogénie. S'il est souvent méconnu dans la pratique, c'est que ces lésions peuvent n'exister pendant de longues années qu'à un degré compatible avec la santé, et que par conséquent rien n'éveille de ce côté l'attention du malade, ni même celle du médecin. Il va se représenter encore dans les deux observations qui suivent.

Obs. IV. — S..., âgé d'une quarantaine d'années, robuste, cultivateur aisé, et maire d'une commune aux environs de Lunéville, me fut amené en 1839 par sa femme, pour avoir mon avis sur une maladie dont il souffrait depuis plusieurs années, et qui avait pour principal symptôme une sorte d'apathie taciturne, d'indifférence apathique pour son propre état, qui lui faisait repousser toute espèce de traitement. Il dit n'éprouver aucune souffrance locale. Il passe toutes ses journées la tête appuyée sur ses mains, ne voulant voir personne, poursuivi par des craintes incessantes, et persuadé qu'il n'a que des ennemis acharnés à sa perte, dans un village où il s'est fait aimer généralement par une administration paternelle et par ses qualités privées. Cet homme ne me présenta aucun autre symptôme que celui d'une hypertrophie du cœur, avec un rétrécissement des orifices, mais à un degré encore peu avancé. Comme il ne voulut se soumettre à aucune médication, et qu'il n'avait consenti à venir me voir que pour céder aux sollicitations de sa femme, je le perdis de vue, et j'appris qu'il était mort quelques mois après dans le même état de consomption morale.

Obs. V. — Deux ans plus tard, le fils de cet homme, âgé de 22 ans, d'une belle constitution, vint me consulter pour une hypertrophie du cœur gauche dont les médecins de Metz le traitaient déjà depuis plusieurs mois. Ce malade était aussi poursuivi de cauchemars, d'apparitions et de terreurs fatigantes. Jugeant qu'il était atteint de la maladie de son père, il était en proie à la plus sombre tristesse, Les bains de rivière, joints aux autres moyens employés en pareil cas (digitale, émissions sanguines), produisirent une amélioration très-notable dans l'état physique et moral de ce jeune homme. Mais je viens d'apprendre récemment qu'il était repris par ses palpitations.

Obs. VI. — Mme B..., tante du côté paternel de ce jeune homme, est atteinte depuis son retour d'âge des symptômes d'une hypertrophie assez avancée du ventricule gauche, pour laquelle un médecin de nos environs l'a longtemps traitée. Cette femme, très-aisée, et qui pourrait vivre d'ailleurs fort heureuse, est poursuivie d'inquiétudes continuelles : elle se figure que ses affaires vont mal, que son ménage est à l'abandon, que ses enfants se ruinent, qu'elle est enfin la plus malheureuse des femmes. Elle vient de temps en temps me raconter ses peines ; mais je n'ai pu jusqu'à présent obtenir aucun amendement soit dans l'état du cœur, soit dans l'état moral.

Obs. VII. — Madame veuve M... est parvenue à une vieillesse très avancée (quatre-vingts ans passés), quoique atteinte d'une hypertrophie assez considérable du cœur gauche, pour laquelle un de nos confrères, feu le docteur Gaillardot, lui a donné des soins, il y a déjà plus de 20 ans. Depuis quelques années, cette affection a déterminé chez cette dame un dérangement intermittent des facultés mentales, correspondant aux exacerbations de la maladie du cœur, et à la suite duquel son caractère est devenu très-irritable, son humeur sombre. Elle est, lorsqu'elle éprouve ses palpitations, sujette à des terreurs continuelles, montre une défiance inaccoutumée envers ceux qui l'entourent, se croit menacée par des voleurs, a des apparitions nocturnes qui troublent son sommeil. J'ai obtenu, il y a trois ans, quelque amélioration dans l'état de cette dame par des applications locales de sangsues ; depuis, je n'ai pas eu occasion de la revoir, mais j'ai appris qu'elle avait, l'an dernier, renvoyé une excellente domestique qui la servait depuis longues années avec une affection filiale, sous prétexte que cette pauvre fille avait voulu l'empoisonner.

Je pourrais citer encore, si je ne craignais de répéter les mêmes choses, quelques observations analogues, entre autres celle d'une demoiselle de 28 ans, qui appartient à une famille où la mère et les cinq enfants offrent tous, à des degrés plus ou moins avancés, des signes d'une hypertrophie du cœur. Mais j'en ai dit assez, ce me semble, pour fixer sur ces curieux phénomènes de physiologie psychologique l'attention des observateurs, et pour faire sentir aux praticiens la nécessité de remonter quelquefois plus loin que le cerveau, pour expliquer certains dérangements des facultés intellectuelles et morales, qui, bien que dépendant d'un état congestionnel, ou d'une stimulation anormale du cerveau, comme cause prochaine, reconnaissent comme point de départ une lésion organique dont le traitement direct remédiera d'une manière plus certaine aux accidents et pourra seul prévenir les récidives.

22. *Remarques sur la mélancolie et la manie suites de fièvres intermittentes ;* par M. Th. Sébastian, professeur à Heidelberg (1).

Traduit de l'allemand et analysé par M. L. Lunier.

(Annales médico-psychologiques, septembre 1844.)

Après être entré dans des considérations assez étendues sur les lésions des facultés intellectuelles, et avoir fait remarquer qu'elles surviennent dans la convalescence aussi bien que pendant le cours de certaines maladies, et surtout des maladies inflammatoires, Sébastian rappelle que Sydenham a le premier attiré l'attention sur la manie suite de fièvres intermittentes.

« Il y a, dit Sydenham, une espèce particulière de manie qui se déclare surtout à la suite des fièvres quartes qui ont duré longtemps, manie qui ne guérit point par la méthode ordinaire, et qui, sous l'influence de quelques évacuations, se change en mélancolie et se termine quelquefois avec la vie du malade. »

S'étonnant avec Sydenham du silence des auteurs sur une affection qu'ils ont si souvent observée, Sébastian se propose dans ce mémoire de joindre quelques faits à ceux qui ont été signalés avant lui.

« Je crois, dit-il, ne pas faire un travail inutile en résumant en peu de mots ce que j'ai appris par ma pratique ou par celle des autres sur la manie et la mélancolie suites de fièvres intermittentes ; d'autant plus que ces maladies présentent une foule de variétés, ne doivent pas être toujours traitées de la même manière, et qu'elles réclament quelquefois une médication tout opposée à celle de Sydenham. »

Parmi les faits nombreux qu'il a observés, Sébastian cite quatre cas de manie survenus dans la convalescence de fièvres intermittentes.

« Du reste, ajoute Sébastian, la nature du délire varie selon la cause qui l'a produit. C'est tantôt de la monomanie ambitieuse, érotique ou religieuse, tantôt de la mélancolie ; le délire est accompagné d'agitation, ou bien c'est de la folie tranquille. »

Ce que l'auteur allemand appelle folie tranquille n'est autre que cette maladie décrite par quelques manigraphes français, et Georget le premier, sous le nom de stupidité, comme le prouve évidemment l'observation qu'il cite pour caractériser cette espèce de folie.

Il fait remarquer d'ailleurs que si la mélancolie succède quelquefois à la manie, on observe parfois aussi un ordre inverse dans l'apparition de ces deux espèces de délire.

« Ce n'est point seulement, dit ensuite Sébastian, après les fièvres quartes que survient la folie, on la voit succéder encore, mais moins souvent, aux fièvres quotidiennes et aux fièvres tierces et doubles-tierces, qu'il y ait ou non du délire pendant la fièvre intermittente elle-même. »

Il ajoute que les fièvres intermittentes, accompagnées de somnolence, sont celles après lesquelles on observe le plus souvent la manie.

« Ce n'est point seulement, dit ensuite Sébastian, après les fièvres intermittentes de longue durée qu'on observe la folie, elle se montre parfois aussi après des fièvres intermittentes qui ont duré fort peu de temps... ; » et l'auteur en cite, en effet, quelques exemples.

Arrivant au mode d'invasion de la maladie, Sébastian remarque que le temps qui s'écoule entre la guérison de la fièvre et l'invasion du délire est très-variable ; qu'il survient tantôt quand la fièvre récidive, tantôt plus tôt ou plus tard, souvent après plusieurs mois et même un an, comme Frédéric Hoffmann en a observé un cas.

« Les accès de folie, suite de fièvres intermittentes, surviennent à des intervalles variables, tous les jours, tous les deux jours, et souvent à l'heure précise et avec le type, la durée et le degré de violence de la fièvre qui les a précédés. Ce genre de délire guérit aussi ou du moins perd de sa gravité sous l'influence du même traitement que la fièvre intermittente elle-même..... La manie surtout présente cette tendance à la périodicité.

« Du reste, le degré et la durée de cette folie, suite de fièvres intermittentes, varient à l'infini..... »

..... Quelquefois, plus ou moins longtemps après la guérison d'une fièvre intermittente, il survient une rechute qui se termine après un seul paroxysme présentant le caractère de la manie. Il arrive parfois aussi que le dernier accès d'une fièvre intermittente est un accès de manie qui juge la fièvre elle-même et se termine avec elle..... Mais souvent la guérison de cette espèce de folie exige des semaines et des mois, et elle peut même, par suite d'un traitement mal dirigé ou à cause de lésions pathologiques profondes, se terminer par la mort ou se changer en monomanie, imbécillité, apoplexie, épilepsie, etc. »

Sébastian remarque, du reste, que si un accès de manie ou de mélancolie peut juger une fièvre intermittente, ces affections, qu'elles soient ou non consécutives à une fièvre périodique, peuvent aussi être jugées par cette fièvre, comme l'ont observé plusieurs auteurs allemands.

Le professeur d'Heidelberg entre ensuite dans de longs détails sur les symptômes de la folie suite de fièvres intermittentes. Ils diffèrent peu des symptômes de la folie produite par toute autre cause. Il faut dire néanmoins qu'on observe ordinairement dans ce genre de délire les nombreuses altérations pathologiques et symptômes fonctionnels qui se rencontrent dans la convalescence des fièvres intermittentes, et qui doivent presque nécessairement compliquer la folie qui survient pendant cette convalescence.

Dans la manie suite de fièvres intermittentes de longue durée, il y a une teinte jaune de la face, et surtout de la sclérotique.... Souvent la pupille est dilatée, le regard sans expression..... Les malades atteints de folie tranquille (stupidité) acquièrent souvent en très-peu de temps un embonpoint excessif.

Sébastian a fréquemment observé l'excitation des sens externes et de la sensibilité générale, qui est une source fréquente d'illusions de diverses natures, de violentes céphalalgies, des sifflements et des bourdonnements d'oreilles, de l'anxiété ou bien des

(1) Ce Mémoire a été publié dans le Journal d'Hufeland, année 1821.

moments de stupeur, des vertiges, de l'insomnie continuelle, ou un sommeil agité par des rêves effrayants, des convulsions, des tremblements des membres, et surtout des membres inférieurs.

En analysant et en commentant les faits signalés par les auteurs et ceux qu'il a lui-même observés, Sébastian cherche à se rendre compte du mode d'action des fièvres intermittentes comme cause de folie.

Il observe d'abord que toutes les causes d'excitation qui surviennent après la guérison réelle, ou seulement apparente de la fièvre intermittente, peuvent produire la mélancolie et la manie en localisant au cerveau l'affection générale qui existait à l'état latent : aussi appelle-t-il ces maladies suite de fièvres intermittentes, *febres in cerebrum introversæ*.

Mais comment la fièvre intermittente agit-elle sur le cerveau pour le prédisposer ainsi à devenir malade? Elle agit : 1° en l'affaiblissant par les secousses nombreuses et violentes qu'elle lui fait éprouver pendant la période de frisson, si longue dans les fièvres quartes; 2° en produisant un engorgement du système veineux général, et par suite une espèce de congestion passive du cerveau.

A l'appui de son opinion, Sébastian rappelle que Sydenham et d'autres auteurs regardent le traitement de la fièvre intermittente par de trop fréquentes émissions sanguines, ou l'abus des purgatifs, comme produisant la folie en affaiblissant le système nerveux.

Dans les cas où le délire est déjà une complication des accès de fièvre, il est plus facile encore de comprendre comment, sous l'influence de telle ou telle cause d'excitation, il peut devenir le caractère dominant de ces accès, qui sont bientôt ainsi de véritables accès de folie.

Une fois bien établie cette prédisposition maladive du cerveau, il ne faut plus qu'une cause occasionnelle pour produire la folie : aussi toutes les causes qui, en l'absence d'une telle prédisposition, peuvent déterminer l'aliénation mentale, la produisent-elles plus facilement encore quand elle existe. C'est ainsi, comme le fait remarquer Sébastian, que s'explique la facilité avec laquelle la folie éclate sous l'influence de causes telles que l'hérédité, les travaux intellectuels, des chagrins profonds, de vives émotions de l'âme, l'onanisme, les excès vénériens, l'abus des alcooliques, l'insolation, la grossesse, toutes causes qui à elles seules ne déterminent pas ordinairement l'aliénation mentale.

Au reste, Sébastian ajoute qu'il faut tenir compte aussi des différentes affections qui, après avoir compliqué la fièvre intermittente, peuvent persister pendant la convalescence et n'être pas sans influence sur l'état des facultés intellectuelles.

Mais quelle est la nature du délire qui détermine telle ou telle fièvre intermittente, tel ou tel état de l'organisme? Sébastian observe que c'est le plus souvent la mélancolie et la stupidité qui surviennent après les fièvres intermittentes de longue durée, et surtout les fièvres quotidiennes et les fièvres quartes, quand le malade a été très-affaibli et que la folie le surprend avant qu'il ait recouvré ses forces. La manie survient au contraire dans les conditions opposées, après les fièvres inflammatoires, et particulièrement les fièvres tierces et doubles-tierces.

« Ainsi, dit Sébastian en terminant cette partie de son mémoire, cette espèce de folie présente tous les caractères d'une fièvre intermittente larvée. La fièvre, comme maladie du système vasculaire général, n'a souvent cessé que d'une manière apparente, et la folie qui lui succède n'est qu'une récidive de cette fièvre qui se localise au cerveau. »

Pour le traitement de la folie suite de fièvres intermittentes, Sébastian entre dans de longs détails que résument les quelques propositions suivantes :

Un accès de manie avec état pléthorique réclame l'emploi des antiphlogistiques.

Mais généralement dans la manie, et surtout dans la mélancolie, il ne faut point employer les émissions sanguines.

Si avec le délire il y a anémie, on a recours aux toniques.

Dans la folie des femmes en couches, affaiblies par de grandes pertes de sang, on se trouve bien des toniques et des antispasmodiques, et surtout du camphre.

Donné à dose suffisante quand la fièvre vient compliquer et diminuer le trouble des facultés intellectuelles, le quinquina peut enlever en même temps la fièvre et la folie.

Le traitement des affections concomitantes est le même que dans la folie produite par toute autre cause.

Si la folie dure depuis longtemps et toujours avec le même caractère d'asthénie, on emploie encore le quinquina à hautes doses, seul ou uni aux préparations ferrugineuses.

Pour prévenir les récidives, il faut continuer le quinquina quelque temps après la guérison, mais en diminuant graduellement la dose.

En terminant cette analyse, nous donnerons un résumé succinct des principales observations contenues dans le mémoire de Sébastian.

Observations de manie suite de fièvres intermittentes.

1° Un médecin convalescent depuis peu de temps d'une fièvre intermittente eut cette idée fixe, que ses malades, qu'il avait confiés à un confrère et auxquels il devait lui-même fournir les médicaments prescrits, n'en recevaient pas suffisamment, et il en ordonna chez un droguiste une très-grande quantité qu'il envoya à un de ses malades.

2° Un autre médecin, également pendant la convalescence d'une fièvre intermittente, se figura qu'il y avait à la Haye un établissement de sourds-muets, et qu'on l'en avait nommé médecin-directeur avec des appointements considérables.

3° Un troisième malade crut avoir gagné le grand lot dans la loterie de la Haye.

4° Un soldat se plaignit d'abord d'avoir eu les deux bras brisés dans un confit. Guéri de cette idée par les toniques, il se crut bientôt possesseur d'une fortune colossale. On employa encore les toniques et avec succès.

Observation de folie tranquille (stupidité) à la suite d'une fièvre intermittente.

Un trompette devint aliéné dans la convalescence d'une fièvre intermittente. Il était calme, tranquille, comme concentré en lui-même, ne prononçait pas une parole, restait toujours dans le décubitus dorsal, faisait à peine attention à ce qui l'entourait, etc. Du reste, il mangeait et buvait tout ce qu'on lui donnait, et il prit ainsi beaucoup d'embonpoint.

Il y a dans le mémoire de Sébastian beaucoup d'autres observations, si l'on peut appeler ainsi l'exposé succinct et en quelques mots seulement de faits divers empruntés pour la plupart aux auteurs allemands et qu'il cite à l'appui de chacune de ses assertions. Je crois tout à fait inutile de m'y arrêter davantage.

---

23. *Etudes sur les maladies incidentes des aliénés ;* par M. le docteur THORE, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, membre de la Société anatomique, etc.

(Suite : voir Encycl., t. 144, août 1844, p. 97.)

(Annales médico-psychologiques, septembre 1844.)

Maladie de la poitrine.—Gangrène du poumon.

La gangrène du poumon est loin d'être encore complétement étudiée aujourd'hui ; pendant longtemps, et à l'époque ou Laënnec commença ses immortelles recherches, on l'observa fort rarement, et ce n'est que depuis ces dernières années que l'histoire de cette maladie a fait quelques pas. Elle a surtout attiré l'attention des médecins qui s'occupent des maladies mentales, et le travail le plus intéressant sur ce sujet appartient à M. Guislain, de Gand. Cependant, bien avant lui, plusieurs observateurs avaient insisté sur l'importance de cette affection chez les aliénés. M. Ferrus signale sa fréquence et la difficulté qu'on a pour la reconnaître, attendu qu'elle n'ajoute rien à la prostration et à la fétidité du malade. Il rapporte deux faits fort curieux ; dans l'un, la gangrène avait déterminé un pneumo-thorax ; dans l'autre, le tissu détruit offrait une ouverture qui communiquait largement avec l'artère pulmonaire et des tuyaux bronchiques, ce qui avait déterminé une hémorrhagie avec pneumo-thorax. MM. Foville, Calmeil, Baillarger, Gerhardt, en ont aussi rapporté des exemples ; mais Esquirol, Georget, M. Parchappe ne paraissent point en avoir fait mention.

Nous devons attirer l'attention sur la fréquence de la gangrène du poumon, comparée chez les aliénés et chez les individus dont l'intelligence est saine. On remarquera que les observations ont été recueillies chez les premiers en beaucoup plus grand nombre, tandis que, dans les principaux traités, on en trouve à peine quelques exemples. Laënnec l'a observée huit ou dix fois ; M. Grisolle, à peu près autant ; M. Andral, trois fois. Si on ajoute à ce nombre quelques faits isolés, là se bornera tout ce que la science possède sur ce sujet.

Quant à la fréquence de cette maladie par rapport aux autres affections qui s'observent chez les fous, il est impossible de l'établir aujourd'hui ; mais elle est nécessairement plus grande qu'on ne l'a pensé jusqu'ici. M. Guislain a recueilli quinze observations, depuis quatorze ans, sur une population de quatre cents aliénés ; M. Calmeil (*Dict. de Médecine*, t. II, art. *Aliénés*, p. 199) a trouvé, deux fois sur cent, des foyers gangréneux ; M. Lawrence (*Encyclographie*, août 1844, t. 144, p. 103), deux fois sur soixante-douze autopsies. M. Bergeon dit l'avoir observée trois fois en quatre mois à l'hospice de Bicêtre ; nous l'avons notée deux fois sur cent soixante-quatre autopsies pratiquées dans l'espace d'une année.

Nous allons rapporter tout d'abord ces deux observations, en y joignant un autre fait que nous devons à l'obligeance de M. Aubanel.

OBS. Ire. — *Démence avec paralysie générale ; apoplexie nerveuse ; convalescence ; tout à coup prostration considérable, dyspnée, altération des traits ; à gauche ; souffle tubaire ; bronchophonie ; mort ; gangrène du poumon gauche ; pneumonie droite.*—Paolini, dément, paralytique, âgé de trente ans, était depuis quelques années déjà à Bicêtre, lorsqu'il fut amené, dans les derniers jours de 1838, à l'infirmerie, pour une affection cérébrale dont nous rapporterons plus tard l'intéressante histoire. Il était presque convalescent, commençait à se lever et à prendre quelque nourriture, lorsque, le 15 janvier 1839, il est obligé de s'aliter de nouveau. Il éprouve tout à coup une grande gêne dans la respiration ; la prostration est considérable, les traits sont profondément altérés ; facies hippocratique, face terreuse, yeux enfoncés dans les orbites, râle bronchique très-bruyant, matité dans toute l'étendue du poumon gauche en arrière, souffle tubaire très-prononcé, bronchophonie, absence de crépitation, râles humides dans toute l'étendue de la poitrine. Le pouls est tellement petit qu'il est impossible de le compter. Absence complète de crachats, de toux, de douleur ; pas d'odeur caractéristique de l'haleine. — Pectoral. Pot. stibiée, six grains.

Dans la journée, cet état s'aggrave, la peau se refroidit ; la bouche reste ouverte, immobile ; les narines sont pulvérulentes, les cornées ternes ; raideur dans les membres : il meurt.

Autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort. On trouve des adhérences très-serrées de la plèvre gauche. On n'enlève le poumon de ce côté qu'avec une difficulté extrême. Inférieurement, on ne peut arracher le tissu pulmonaire que par morceaux. Au milieu du lobe inférieur existe une cavité de plus de trois centimètres de diamètre en tous sens. Ses parois ont une teinte verdâtre, elles sont très-ramollies, cèdent facilement à la pression du doigt ; examinées sous l'eau, elles ont un aspect tomenteux. Les mêmes caractères se remarquent sur les parties qui adhèrent au diaphragme. Une portion considérable de ce lobe est colorée en vert sale et laisse échapper l'odeur caractéristique de la gangrène. Le lobe supérieur droit est hépatisé.

Nous donnerons ailleurs la description de l'état des autres organes.

OBS. II. — *Démence avec paralysie générale ; parotide ; dyspnée ; râles humides dans toute la poitrine ; mort ; gangrène double, moins avan-*

cée à gauche qu'à droite. — Ollivier, âgé de soixante-quatre ans, journalier, veuf, né à Vimoutiers (Orne), à Paris depuis quinze ans, est entré à Bicêtre dans le mois de juillet 1839.

Il n'y a point eu d'aliénés dans sa famille ; il paraît avoir éprouvé de vifs chagrins à la suite de pertes d'argent dans le commerce qu'il faisait sur les bestiaux ; il n'a jamais abusé des boissons alcooliques, et sa conduite a toujours été régulière. Il a, plusieurs fois déjà, donné des signes d'aliénation mentale. Il a cessé de travailler depuis deux ans, et ses enfants prenaient soin de lui.

Il présente, au moment de son admission, tous les signes de la démence : affaiblissement de la mémoire ; il ignore au moment de son entrée tout ce qui s'est passé dans la matinée même. Son intelligence paraît fort obtuse, la parole est difficile, depuis surtout qu'il a eu une hémiplégie, il y a deux ou trois mois environ. La langue sort droite, mais agitée d'un léger tremblement. Il ne parle point avec trop de lenteur ; mais il est des mots qu'il ne prononce qu'avec une peine extrême ; il marche encore assez bien.

Le 21 octobre. Sa santé a été bonne jusqu'à présent : aujourd'hui il se plaint d'une diarrhée assez intense.

Riz. Sirop de coings. Diascordium.

Le 18 décembre. Une parotide gauche se manifeste. Prostration, gêne extrême de la respiration. L'auscultation ne révèle que l'existence de râles humides dans toute l'étendue de la poitrine. Pouls à 112. Sueur froide et visqueuse.

Vésicatoire sur la poitrine. Sinapismes.

Le 19, il est exactement dans le même état, et ne tarde point à mourir.

Le 20, *autopsie.* La voûte crânienne a une épaisseur moyenne ; quantité peu considérable de liquide dans la cavité de l'arachnoïde; le feuillet viscéral est épaissi et de couleur laiteuse ; sérosité gélatiniforme sous-arachnoïdienne. Petites granulations jaunâtres déposées dans les anfractuosités cérébrales. Les artères de la base du cerveau contiennent toutes des plaques athéromateuses; les membranes n'adhèrent en aucun point à la substance grise, qui n'est nulle part ramollie. Trente grammes de sérosité dans chaque ventricule. Dans la partie externe de la couche optique gauche existe un caillot noirâtre, un peu jaune inférieurement, libre dans la cavité, qu'il remplit presque entièrement et qui a le volume d'une noix.

Thorax. Le poumon droit adhère au diaphragme, son lobe inférieur est ramolli, verdâtre, avec odeur caractéristique de la gangrène; le gauche, dont la partie postérieure et inférieure est gorgée de liquide, surnage ; il commence à perdre sa consistance et à prendre aussi une coloration verdâtre avec l'odeur déjà indiquée. Un liquide spumeux assez abondant remplit les bronches. Cœur à l'état sain. Plaques athéromateuses sur les valvules sygmoïdes de l'aorte.

Abdomen. L'estomac est vide, et sa muqueuse est saine. La parotide gauche est considérablement augmentée ; granulations d'un rouge vif : on exprime du pus qui s'échappe en assez grande abondance par les interstices cellulaires.

Obs. III.—*Stupidité avec alternatives de délire maniatique ; diarrhée ; marasme ; odeur gangréneuse de l'haleine et des crachats ; dyspnée ; mort ; gangrène du poumon gauche.*—Le nommé Béranger, âgé de 26 ans, a été transféré de l'asile des aliénés de Nantes dans celui de Marseille, où il est arrivé le 16 juillet 1841. Lors de son admission, il présentait tous les caractères de cet état mental désigné aujourd'hui sous le nom de stupidité. Plus tard, il survint de l'agitation et un délire maniaque bien prononcé ; il eut plus tard encore des accès alternatifs de stupidité et de manie. Dans ses accès d'agitation, il déchirait tous ses vêtements et était d'une malpropreté excessive.

Dans le mois de janvier 1842, il fut pris d'une diarrhée séreuse sans fièvre, ni aucun signe de souffrance vers la région abdominale. Toutes les médications employées n'eurent aucun succès. La diarrhée continua avec une extrême opiniâtreté. Il survint un amaigrissement considérable. Le malade, vers la fin de mars, était réduit à un état de marasme par la durée de sa maladie. Il ne se levait plus, et tout annonçait une fin prochaine, lorsque l'on s'aperçut que l'haleine était fétide et avait une odeur gangréneuse, que les crachats rendus par le malade étaient, les uns noirâtres, les autres purulo-sanguinolents, et qu'ils avaient aussi une odeur infecte. La respiration était manifestement gênée ; pas de toux ni de douleur. Le pouls était très-faible et très-fréquent ; la figure était grippée et profondément altérée. La poitrine ne put être explorée à cause de la faiblesse très-grande du malade. Cet état ne fit qu'empirer, et, quelques jours après, la mort survint. Quelques heures avant la mort, le malade, dont l'intelligence semblait s'être brusquement réveillée, s'était plaint d'une douleur atroce dans le côté gauche de la poitrine.

Autopsie. Tête. La dure-mère est saine ; l'arachnoïde et la pie-mère sont plus épaisses et plus résistantes que d'ordinaire ; elles ont une teinte laiteuse, opaline sur plusieurs points, mais surtout au niveau des anfractuosités, et elles n'ont point contracté d'adhérence avec le tissu cérébral.

Le cerveau a une consistance normale, et les circonvolutions présentent leur volume ordinaire. La substance grise, comme la blanche, n'offre aucun changement pathologique.

Thorax. Le poumon droit est sain. Vers la partie supérieure et latérale du lobe inférieur du poumon gauche, se trouve une espèce de kyste de la grosseur d'un œuf de poule ; il est fluctuant et formé extérieurement par la plèvre. Après son incision, il s'en écoule une sanie couleur lie de vin, exhalant une forte odeur de gangrène. La portion du poumon où est logé ce kyste est creusée profondément, de manière à former une sorte de caverne traversée par des ramifications bronchiques dont les parois sont irrégulières, mollasses et constituées par le tissu pulmonaire, réduit dans une grande étendue en pulpe noirâtre. L'odeur qu'exhale cette caverne est trop forte et trop bien caractérisée pour qu'on puisse émettre des doutes sur la nature gangréneuse de l'altération du poumon ; le reste de l'organe est sain.

L'intestin grêle offre des traces évidentes d'inflammation. La muqueuse du rectum est couverte

dans toute son étendue de végétations rougeâtres et friables ; ces végétations enlevées, la muqueuse paraît avoir subi une perte de substance et se trouve ecchymosée dans ce point.

Les *causes* de la gangrène du poumon ne sont pas encore bien connues. M. Guislain, que nous citerons d'abord à cause du soin qu'il a apporté dans l'étude de cette maladie, reconnaît comme causes :

1° Une anomalie du moral, consistant dans un dégoût, un refus, une aversion, une horreur pour les aliments ;

2° Un appauvrissement du sang, provenant du manque de renouvellement dans les molécules constituantes de ce fluide ;

3° Un trouble de l'hématose ;

4° Une altération du tissu pulmonaire comme dernier résultat morbide.

Il insiste surtout sur la sitophobie, ou aversion pour les aliments, qu'éprouvent les mélancoliques, et la regarde comme la cause constante de la gangrène pulmonaire.

Le sang, continue-t-il, arrive au poumon dépourvu de chyle, non renouvelé, dans un état de décomposition analogue au scorbut, état qui est l'effet de la privation d'aliments à laquelle ces aliénés se condamnent si fréquemment. La sitophobie se rencontre chez le neuvième des aliénés, et toujours dans la lupérophrénie (mélancolie) ; de sorte qu'on ne l'observe que chez les individus qui appartiennent à cette catégorie.

M. Foville la considère comme la conséquence de l'absorption du pus fétide qui baigne les escarres du siége et des autres points sphacélés.

M. Ferrus, tout en pensant que la débilitation générale et l'absorption, par les voies respiratoires, des gaz qui corrompent l'air au milieu duquel séjournent les déments paralytiques, doivent être prises en sérieuse considération, démontre le tort que l'on aurait d'attacher à l'une de ces explications une importance exclusive.

Laënnec insiste peu sur les causes de cette maladie ; pour lui, elle se rapproche des affections essentiellement gangréneuses, telles que l'anthrax, la pustule maligne, et, comme dans ces affections, l'inflammation développée autour de la partie gangrenée paraît être l'effet plutôt que la cause de la mortification.

M. Genest attribue à l'apoplexie pulmonaire une grande part dans la production de la gangrène, tout en convenant que la débilitation générale favorise son développement, si elle ne peut l'expliquer. Cette doctrine, à laquelle on a fait plusieurs objections que nous ne rapporterons point ici, s'appuie sur un certain nombre d'observations intéressantes, parmi lesquelles nous en citerons une qui appartient à M. de Crozant, et qu'on trouvera dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1843, p. 182). Cependant nous ne la croyons point applicable, au moins d'une manière générale, à la gangrène du poumon qui survient chez les aliénés.

Ainsi que M. Ferrus le fait remarquer, il est impossible d'attacher une importance exclusive à chacune des explications que nous avons rapportées. M. Guislain s'est singulièrement exagéré la valeur de la privation de nourriture ; dans sa préoccupation à décrire la sitophobie, il a négligé une foule de détails importants sur les symptômes, et surtout sur les signes stéthoscopiques de la gangrène ; ce qui ôte à ses observations une grande partie de leur valeur. Plusieurs de celles qu'il rapporte nous paraissent, en effet, fort contestables.

Je ne veux point nier que la privation complète d'aliments, et la débilitation qu'elle doit nécessairement amener, ne puissent favoriser le développement de la gangrène. M. Baillarger a rapporté un fait qui démontre que cette étiologie est fondée jusqu'à un certain point ; mais il est impossible de l'appliquer à tous les faits qui s'offrent à l'observation. Je ferai même remarquer que la gangrène se développe de préférence chez les déments et chez les maniaques à l'état chronique, chez des aliénés plutôt enclins à la gloutonnerie que disposés à refuser des aliments. Les deux individus dont nous avons recueilli l'histoire avaient toujours été convenablement alimentés jusqu'à l'époque où une grave affection cérébrale chez l'un, une diarrhée opiniâtre chez l'autre, ont nécessité une diète modérée ; encore le premier commençait-il à manger des potages. Ni l'un ni l'autre n'étaient mélancoliques. M. Guislain croit, au contraire, que la gangrène pulmonaire n'existe que chez ces derniers. Malheureusement, des faits assez nombreux nous manquent pour prouver d'une manière incontestable qu'il y a une prédominance de cette affection chez les déments plutôt que chez les mélancoliques.

Cependant le plus simple raisonnement, l'observation la plus légère doit amener, en l'absence de documents assez nombreux, à cette opinion. En effet, quelle variété de folie réunit mieux les conditions favorables au développement de la maladie qui nous occupe en ce moment ? La cause première de tous les désordres qu'on remarque chez les aliénés doit être cherchée dans l'altération profonde des liquides, résultat d'influences complexes de la nourriture et de l'entassement, et de plusieurs autres causes sur lesquelles nous avons insisté dans les généralités. Il en est pour eux comme pour les femmes en couches et les enfants qui sont réunis dans les hôpitaux, et qui sont fréquemment atteints de gangrène, soit du poumon, soit d'autres organes.

La gangrène est-elle toujours la conséquence d'une pneumonie, ou bien peut-elle se développer d'une manière tout à fait spontanée? Cette question nous paraît encore insoluble aujourd'hui, et nous ne devons point nous y arrêter ; il nous suffira de faire remarquer que dans une de nos observations, et dans celle que nous devons à l'obligeance de M. Aubanel, il n'y avait aucune trace de pneumonie, et il est permis de croire que la gangrène était primitive. Dans la première observation, le poumon était hépatisé du côté opposé à la gangrène ; chez le malade de M. Baillarger, l'hépatisation de plusieurs points du poumon accompagnait des cavernes gangréneuses.

Nous ne pouvons rien dire sur l'influence du sexe et des causes occasionnelles, qui nous sont parfaitement inconnues. — De nos trois malades, l'un avait

vingt-six ans, l'autre trente, et le troisième soixante-quatre ans.

Symptômes.—Les symptômes locaux manquent en grande partie, de même que dans la pneumonie. Il n'y a point eu de toux, pas d'expectoration ; absence de crachats fétides, d'un brun-verdâtre, ou sanguinolents. M. Guislain paraît avoir fait la même remarque. Dans l'observation de M. Aubanel, nous trouvons que les crachats étaient noirâtres, purulo-sanguinolents, et qu'ils avaient une odeur infecte. Il y a toujours eu de la dyspnée, et elle a été quelquefois portée à un assez haut degré, anxieuse, avec dilatation des narines, etc. Nous n'avons point, pour notre part, noté la fétidité de l'haleine, bien que nos malades aient été examinés avec le plus grand soin ; elle n'a point échappé à d'autres observateurs.

La douleur manque ordinairement; cependant on verra, dans notre troisième observation, qu'à une époque assez voisine de la mort, le malade a accusé, du côté affecté, une douleur très-violente.

Nous devons bien regretter que, dans la plupart des faits recueillis, on ait si souvent négligé la description des signes stéthoscopiques. Nous n'avons guère observé que ceux qu'on trouve dans la pneumonie: souffle tubaire avec bronchophonie et matité dans un cas, et seulement des râles humides dans l'autre. Chez le troisième malade, l'auscultation n'a point été pratiquée.

Symptômes généraux. — Le pouls a toujours été, ainsi que la respiration, fort accéléré ; il était faible, misérable, se sentant à peine, et avait dans un cas une fréquence telle qu'il était impossible d'en compter les battements. Cette faiblesse extrême du pouls n'a point d'ailleurs ici une grande valeur; elle se rencontre aussi souvent dans la pneumonie. M. Guislain a noté que le pouls était lent, et il doit être sous ce rapport en opposition avec tous les observateurs.

La peau est chaude, et quelquefois elle reste au-dessous de la température ordinaire : sueur froide, face profondément altérée, terreuse; yeux enfoncés dans les orbites. — Nous n'avons point retrouvé la teinte d'un rouge briqueté des pommettes, à laquelle M. Guislain donne tant de valeur, et qui paraît lui avoir suffi pour établir son diagnostic. Nous n'avons pas noté davantage le cercle brunâtre des yeux et la coloration ardoisée des lèvres, que cet auteur attribue aux modifications du sang, à un excès de principes carbonneux, à une trop forte prédominance des propriétés veineuses de ce fluide. Il existe en même temps un état de prostration générale, décubitus dorsal, stupeur profonde, etc.

Le *diagnostic* est assez difficile lorsque les plus importants symptômes manquent, comme dans les faits que nous avons rapportés, où nous n'avons pu même soupçonner l'existence de la gangrène ; elle a trop de points de contact avec la pneumonie, telle qu'on l'observe chez les aliénés, pour qu'il soit possible de les séparer facilement. Nous avons cité des observations d'inflammation du poumon dont la marche avait été aussi rapide, et qui s'était manifestée par des symptômes absolument identiques.

L'odeur fétide de l'air respiré et des crachats, ainsi que leur aspect, quand on peut les examiner, seraient ici d'un important secours et suffiraient pour établir le diagnostic; malheureusement, ils manquent trop souvent.

La *marche* de la gangrène pulmonaire a, comme celle de la pneumonie chez les aliénés, une rapidité extrême. La durée n'a point, dans nos observations, dépassé vingt-quatre heures. Il est fort douteux qu'elle offre jamais chez les fous cette marche lente qu'on a quelquefois signalée chez les autres individus.

Le *pronostic*, si grave dans la pneumonie, l'est encore davantage dans la gangrène, et c'est surtout à celle des aliénés qu'on peut appliquer l'aphorisme de Boerhaave : *Quando in gangrenam abiit, incurabilis est.*

Cependant la possibilité de la guérison a été admise, tout en convenant qu'elle est extrêmement rare. M. Guislain a parlé de mélancoliques sitophobes qui offraient une gangrène pulmonaire, caractérisée uniquement par des crachats fétides et la coloration particulière de la face, qu'il regarde comme pathognomonique. A peine était-on parvenu à les décider à prendre de la nourriture, que l'affection disparaissait comme par enchantement, et que la guérison était définitivement établie. Mais ces individus n'avaient point été auscultés, et la description des symptômes est tellement concise qu'il n'est point permis d'admettre ces faits comme des exemples bien authentiques de guérison de gangrène du poumon.

Anatomie pathologique. — M. Guislain a trouvé que le poumon gauche était affecté sept fois, le droit deux fois, les deux poumons ensemble une seule fois. Nous devons rappeler que nous sommes arrivé à des résultats analogues pour la pneumonie; il existe, en effet, une prédominance très-marquée du poumon gauche sur le droit. Cette relation se retrouve pour la gangrène. Une fois, dans nos observations, elle était double, deux fois simple, et existait toujours du côté gauche.

D'après M. Guislain, elle existe plus souvent au sommet qu'à la base du poumon. Dans nos trois observations, elle existait toujours dans le lobe inférieur et à sa partie postérieure. Il ne l'a observée qu'une fois à sa partie antérieure. Dans tous les cas, le tissu pulmonaire, dans la portion malade, offre une teinte d'un vert-noirâtre, se réduit en bouillie sous les doigts, en exhalant une odeur d'une extrême fétidité et parfaitement caractérisque. Si on l'examine sous l'eau, elle offre un aspect tomenteux dû aux débris du tissu pulmonaire soulevés par ce liquide. La description anatomique n'offre point d'ailleurs de circonstances particulières à mettre en relief, et il est inutile de s'y arrêter davantage.

Traitement.—La terminaison étant presque toujours mortelle, il serait assez difficile de dire quel est le traitement qu'il serait le plus convenable d'employer. Chez les aliénés surtout, la marche est d'une rapidité telle, qu'en vérité elle ne laisse pas beaucoup de prise aux moyens thérapeutiques. S'il s'agissait toujours, comme le pense M. Guislain, de vaincre le dégoût que certains insensés éprouvent pour les aliments ; s'il s'agissait d'en venir, de gré ou de force, à faire pénétrer quelque nourriture dans leur estomac, on serait souvent en droit de

compter sur quelques succès ; mais il n'en est pas malheureusement le plus souvent ainsi. Il est des conditions fâcheuses dans lesquelles se trouvent les aliénés et auxquelles il n'est point facile de remédier ; les améliorations que le temps apportera à leur régime permettront sans doute de faire disparaître ou d'atténuer au moins ces fâcheuses influences.

Quant au traitement curatif, ce n'est point sur les faits acquis à la science qu'il sera possible de l'établir ; les toniques et les chlorures en feront la principale base. Mais nous ne pouvons nous étendre sur ce point, les observations nous faisant complétement défaut.

(*La suite au prochain numéro.*)

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

24. *Seconde lettre sur les rétrécissements de l'urètre;* par M. Civiale, chirurgien chargé du service des calculeux à l'hôpital Necker.

(Bulletin général de Thérapeutique, septembre 1844.)

Monsieur le rédacteur,

La manie d'innover, l'un des plus grands obstacles au perfectionnement de la thérapeutique, n'a jamais été poussée aussi loin que de nos jours. Dans aucun temps, peut-être, on n'a fait plus d'efforts pour accréditer des médications, ou nouvelles, ou seulement renouvelées des anciens, dont chacun vante à outrance les effets infaillibles. C'est surtout dans le traitement des maladies des organes génito-urinaires que se fait apercevoir cette fâcheuse tendance de l'époque. Dans un ouvrage dont je réunis les matériaux, je ferai connaître la marche qu'on a suivie en ce qui concerne l'affection calculeuse et la manière de la traiter ; mais, sans sortir du sujet auquel se rapporte spécialement cette lettre, il n'est pas difficile de trouver des preuves nombreuses de ce que j'avance. Chaque jour on nous présente de nouveaux moyens curatifs auxquels sont attribués des effets prodigieux, et qui cependant, lorsqu'on les soumet à l'expérience, ne donnent que des mécomptes.

Pendant longtemps on a regardé la cautérisation comme un moyen certain de guérir les coarctations urétrales. Dans un mémoire que j'ai présenté à l'Académie des sciences en 1843, et qui est imprimé au premier volume de la seconde édition de mon *Traité pratique* (p. 267 et suiv.), j'ai démontré qu'on s'était fait illusion quant aux effets du caustique considéré en lui-même, et que les différentes manières de l'appliquer, au moyen desquelles on avait espéré faire disparaître les inconvénients qui s'y rattachent, étaient sans influence. L'opinion que j'ai exprimée à ce sujet repose sur des faits nombreux et décisifs, recueillis tant en France qu'à l'étranger, notamment en Angleterre. Cependant quelques chirurgiens persistent à employer le caustique, et, sans tenir compte des leçons de l'expérience, considèrent même comme superflues les précautions qu'elle a suggérées.

Je ne reproduirai pas ici ce que j'ai dit dans le mémoire précité, touchant les effets des caustiques dans l'urètre, les distinctions qu'il faut établir entre les cas qui en comportent l'emploi, les précautions qu'il est nécessaire de prendre dans leur application, et les accidents auxquels on s'expose quand on néglige ces soins. Je rappellerai seulement qu'on a eu recours à la cautérisation pour détruire les rétrécissements, pour tarir les écoulements urétraux, et aussi pour combattre certains états névralgiques opiniâtres. Dans aucune de ces circonstances elle ne saurait être érigée en méthode générale de traitement. La pratique journalière nous amène de malheureux malades dont l'abus de ce moyen a considérablement aggravé la position. Je me bornerai à indiquer ici un petit nombre de cas que j'ai actuellement sous les yeux.

Au mois de juin dernier, j'ai vu un Hollandais qui était atteint depuis quelques années d'un trouble léger dans l'excrétion de l'urine et d'un agacement incommode des organes génito-urinaires. Les ressources de la médecine ayant échoué, un chirurgien d'Amsterdam pratiqua dans l'urètre une injection de nitrate d'argent qui ne réussit pas mieux, mais qui n'entraîna pas d'accidents. On fit alors une cautérisation du col vésical avec le même sel à l'état solide. Le malade souffrit beaucoup, et, depuis, son état primitif de malaise augmenta, ainsi que l'écoulement et que le catarrhe de vessie. A ces désordres se joignirent des accès de fièvre et un dérangement de toutes les fonctions. Le malade vint réclamer mes avis. Je ne découvris chez lui aucune lésion organique ; mais l'urètre et le col de la vessie étaient d'une irritabilité excessive. Par l'emploi des bougies molles, des bains, des lavements sédatifs, etc., je parvins à diminuer les besoins d'uriner, à rendre l'émission de l'urine plus facile, et à faire disparaître l'écoulement et le catarrhe ; mais l'agacement résista, et le malade demeura obligé d'uriner plus souvent que dans l'état normal.

Un adulte, de Turin, d'une forte constitution, était affecté d'un écoulement urétral contre lequel on avait employé de nombreux remèdes sans succès. On crut devoir recourir au caustique, tant sous forme solide qu'à l'état liquide : l'écoulement persista. On cautérisa avec plus d'énergie, mais sans aucun résultat. Quelques mois après, le malade vint à Paris, porteur d'une lettre de son médecin, relatant tout ce qui avait été fait. Je trouvai la partie profonde de l'urètre rétrécie et indurée ; la prostate me parut être un peu plus volumineuse que de coutume. Cette portion du canal et le col de la vessie étaient fort irritables ; le malade avait de la peine à supporter le contact de la sonde et des bougies. Il me fallut trois mois pour combattre cet état morbide. Le catarrhe vésical fut le premier symptôme qui disparut. L'écoulement urétral et les besoins fréquents d'uriner cessèrent d'abord, mais ils se reproduisirent par intervalles. Il y avait chez

ce malade un trouble considérable des fonctions digestives qui résista à tous les moyens, et qui, exerçant une influence fâcheuse sur les organes génito-urinaires, paralysa tout ce qu'on put tenter contre la maladie de ces derniers. Le dérangement des fonctions de l'estomac et des intestins, spécialement du rectum, est-il une conséquence de la maladie du col vésical, ou a-t-il été provoqué par les moyens antérieurement mis en usage? C'est ce que je ne saurais déterminer. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il contribua puissamment à aggraver la position du malade. J'ai fréquemment eu occasion de remarquer cette complication, sur laquelle je ne saurais trop appeler l'attention des praticiens.

L'histoire de ce second malade présente d'autres particularités. L'écoulement urétral n'était pas continu. On pensa qu'il pouvait dépendre d'une affection vénérienne, et l'on prescrivit ce qu'on appelle les grands remèdes, qui furent inutiles. L'acupuncture ne produisit rien non plus. Trente aiguilles enfoncées dans le périnée firent souffrir sans nul avantage. Chaque besoin d'uriner était accompagné de douleurs vives à la jambe gauche et jusqu'à la plante du pied, particularité qu'il n'est pas rare de rencontrer.

A côté de ces faits, je pourrais placer un grand nombre d'autres cas dans lesquels on a procédé de même, soit qu'il y eût écoulement opiniâtre, soit que le canal se trouvât sous l'influence d'une irritabilité morbide. Le mal résistant aux calmants du ressort de la médecine, on s'empresse de recourir à la cautérisation, qu'on fait souvent sans précautions, qu'on répète même sans mesure; et cette pratique empirique aggrave la position des malades, dont elle retarde ensuite la guérison, si elle ne la rend pas impossible.

Un négociant de Bologne et un rentier de Paris avaient l'un et l'autre à la courbure de l'urètre un rétrécissement qu'on attaqua par des applications de nitrate d'argent. On crut d'abord apercevoir un peu d'amendement; mais le mieux ne se soutint pas. Les petites bougies, dont on avait en même temps conseillé l'usage, eurent bientôt de la peine à traverser le point rétréci. Les malades se découragèrent, et leur état empirait, lorsque je fus consulté. Je les traitai tous deux par la dilatation temporaire; mais il me fallut un temps à peu près double de celui que réclame la guérison d'un rétrécissement qui n'a pas été cautérisé.

J'ai dit, dans mon *Traité pratique*, qu'au lieu de détruire les rétrécissements, le nitrate d'argent les aggravait souvent, et pouvait même en faire naître d'autres : c'est ce que démontrent les deux faits suivants :

M. P. avait un rétrécissement considérable et très-ancien, qui donna lieu à des difficultés d'uriner toujours croissantes, et finalement à plusieurs rétentions d'urine pour lesquelles je fus appelé. Ces rétentions n'étaient pas complètes. Je conseillai un traitement palliatif, combiné avec l'emploi de petites bougies en cire molle, portées jusqu'au point rétréci et laissées en place pendant quelques minutes. Six semaines de ce traitement suffirent pour faire cesser les principaux accidents et permettre de franchir le rétrécissement. Déjà une bougie n° 3 passait aisément jusque dans la vessie, et le malade urinait avec tant de facilité qu'il ne voulait plus rien faire. On eut alors la malencontreuse idée de recourir à la cautérisation. Trois applications furent faites. Chacune d'elles fut suivie d'irritation et de difficultés d'uriner progressives, à tel point que le malade, craignant de nouvelles rétentions, s'adressa de nouveau à moi. Je trouvai l'urètre plus étroit et plus dur; il me fallut plus d'un mois pour le ramener à ce qu'il était avant les applications du caustique.

Un officier éprouvait depuis quelque temps un désordre des fonctions de la vessie, avec émission accidentelle d'urine sanguinolente. On employa sans succès divers moyens du ressort de la médecine. Enfin le malade me fut adressé. L'urètre était fort irritable, mais sans rétrécissement organique. Une bougie de trois lignes arrivait aisément dans la vessie. Une exploration me fit reconnaître, à l'orifice interne du canal, de petites excroissances d'où me parut provenir le sang qui teignait l'urine. Ces excroissances n'étaient pas assez développées pour qu'on pût les saisir avec une pince. Après avoir préparé convenablement l'urètre, j'eus recours à la cautérisation, dont je fis trois applications transcurrentes. L'urine reprit sa couleur normale, les douleurs diminuèrent, et l'état général s'améliora d'une manière notable. D'après mes conseils, le malade resta quelques semaines sans rien faire, si ce n'est qu'il continua les lavements, les bains et les boissons émollientes. Lorsque je le revis, au bout d'un mois, il urinait moins bien, et le jet était plus petit. J'introduisis une bougie n° 11 : elle ne pénétra pas, causa de la douleur, et me rapporta l'empreinte d'un rétrécissement bien caractérisé. Une bougie n° 10 parvint dans la vessie; mais elle était encore serrée. De toute évidence, un rétrécissement s'était produit sous l'influence du caustique. J'ai vu d'autres cas semblables, de plusieurs desquels j'ai rendu compte ailleurs.

Cette action du nitrate d'argent sur les parois de l'urètre n'a rien qui doive surprendre. Elle avait même été appréciée; car l'expérience avait appris non-seulement que la cautérisation urétrale ne préserve pas de la récidive des rétrécissements, mais encore que ces coarctations consécutives sont très-graves et les plus opiniâtres qu'on puisse rencontrer.

Il est digne de remarque que, dans les cas précédents et autres analogues, tantôt on avait eu recours au caustique par suite d'idées arrêtées, mais inexactes, sur la nature du mal et sur le mode d'action de l'agent thérapeutique; tantôt, et plus souvent, on avait pratiqué la cautérisation comme ressource extrême, parce que tous les autres moyens avaient échoué. Ne sachant que faire, on s'était jeté dans les suppositions, et l'on avait été en avant sans songer aux conséquences. Chez quelques sujets, le résultat des premières cautérisations ayant donné des espérances, on se crut fondé à déployer plus d'énergie; mais le but ne fut pas atteint. Il est à regretter, sans doute, qu'on procède de la sorte à l'égard d'une médication dont l'expérience de tous les jours démontre les funestes effets.

Les remarques supplémentaires que je viens de présenter sur l'emploi des caustiques auront une portée restreinte. Il n'y a plus, en effet, qu'un petit

nombre de personnes auxquelles la pratique n'ait point encore fait ouvrir les yeux sur l'inefficacité et les inconvénients de la cautérisation urétrale. Mais il est d'autres moyens nouveaux ou plutôt renouvelés, qu'on propose de substituer au caustique, et qui pourront bien faire des prosélytes, d'autant plus que l'expérience ne s'est pas encore prononcée hautement sur leur compte, et qu'on ne manque pas de les produire avec pleine et entière confiance, de manière à atténuer l'effroi qu'inspire toujours aux malades l'introduction d'un instrument tranchant dans les profondeurs de l'urètre. Quoi qu'il en soit, la méthode des incisions, des scarifications, des mouchetures, etc., est présentée par quelques chirurgiens comme un moyen sans pareil pour détruire les coarctations urétrales même les plus opiniâtres. J'ai fait voir dans mon *Traité pratique* ce qu'on peut attendre de ce procédé aventureux. Les preuves que j'ai données de son inefficacité et même de ses dangers ne sauraient laisser aucun doute dans l'esprit de quiconque aura pris la peine d'étudier à fond le sujet. Mais il y a des hommes prévenus qui ne reculent pas devant l'évidence. Aussi a-t-on vu les auteurs de ces procédés se présenter à nos Académies avec un aplomb d'autant plus surprenant que les prétendus faits favorables qu'on invoque n'ont aucune valeur réelle.

Je ne saurais trop insister sur deux particularités que j'ai signalées dans mon ouvrage, et qui me paraissent être les principales sources des méprises dans lesquelles sont tombés les partisans de la méthode des incisions; car on ne peut dire que leur erreur soit volontaire. L'un d'eux disait dernièrement à un malade qui refusait de se laisser inciser l'urètre : « Monsieur, vous serez le douze-centième que j'aurai guéri par ma méthode. » Cependant le malade refusa de fournir la douze-centième preuve de l'efficacité des mouchetures. Je l'ai traité depuis, et il est maintenant en voie de guérison. Tous les malades n'ont pas suivi son exemple ; plusieurs ont prêté leur urètre pour ces sortes d'expérimentations, qu'on leur disait être la méthode la plus rationnelle et la plus inoffensive : quelques-uns n'ont pas tardé à se repentir de leur confiance ; chez d'autres, les accidents se sont déclarés à une époque plus ou moins éloignée, mais je n'en connais pas un seul qui ait trouvé guérison. Ici il faut bien s'entendre et préciser les cas; car, en restant dans le vague, on pourrait se donner une apparence de raison.

La méthode des incisions a pour but spécial de détruire les coarctations dures, anciennes et occupant une grande étendue dans l'urètre. Par elle, on a voulu doter d'une nouvelle ressource l'art trop souvent impuissant à procurer une cure radicale dans ces cas graves. Mais, je le répète, il n'est encore venu à ma connaissance aucun fait décisif en ce qui concerne ces sortes de rétrécissements. Quelquefois les premières applications de la méthode des incisions ont paru produire des effets salutaires; mais le mieux ne s'est pas soutenu, et, en dernière analyse, on n'a point eu à s'en féliciter. Est-il réservé à l'avenir de nous apporter d'autres preuves? Je l'ignore. Tout ce que je puis dire, c'est que les faits acquis à la science ne sont pas favorables. En voici un que j'ai rencontré tout récemment :

Un homme de trente-sept ans éprouvait des difficultés d'uriner; on soupçonna un rétrécissement qu'on divisa avec le scarificateur. Le malade saigna beaucoup. On lui conseilla l'usage d'une grosse sonde, et on le renvoya, disant qu'il était guéri. Pendant quelques mois, il continua d'introduire la sonde; mais les troubles fonctionnels qu'il éprouvait avant l'opération persistèrent et augmentèrent même de temps en temps. Il vint me consulter. Je trouvai l'urètre fort irritable et sensiblement rétréci sous l'arcade pubienne. L'agacement s'étendait au scrotum et au pubis; l'émission de l'urine était difficile et douloureuse, les besoins d'uriner étaient très-rapprochés. Le malade ressentait un malaise général, et ses fonctions ne s'exécutaient plus d'une manière satisfaisante.

Ce qui a été chez cet homme se répète chaque jour. On introduit un instrument tranchant dans l'urètre; on divise ou l'on croit diviser une coarctation; on prescrit l'usage des sondes, et on dit les malades guéris par la méthode des incisions grandes ou petites. Chacun peut apprécier la valeur de pareils faits.

Des chirurgiens, même habiles, ne réussissent pas toujours à faire pénétrer aisément une sonde dans la vessie, et par là sont exposés à admettre des rétrécissements là où il n'en existe pas. Ce qui prouve que les partisans des incisions ont souvent commis cette méprise, c'est qu'il disent avoir détruit la coarctation à l'aide d'une ou de deux incisions. Je n'hésite pas à dire qu'alors il n'y avait pas de rétrécissement, ou que, s'il en existait un, c'était une de ces simples brides qu'on peut détruire en quelques instants par les traitements les plus doux et les plus inoffensifs. Lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement long et dur, des applications nombreuses de l'instrument tranchant sont nécessaires, alors même qu'on fait des incisions profondes. Une autre circonstance encore prouve qu'on s'est fait illusion sur l'étendue du mal qu'on prétend avoir guéri : c'est la possibilité d'introduire l'instrument scarificateur dans le point rétréci; or, de cela seul on doit conclure que la coarctation n'était pas considérable, et je viens de dire que, dans ce cas, on la guérit aisément par d'autres moyens. Ainsi, tantôt on a *moucheturé* l'urètre là où il n'y avait pas de rétrécissement, et tantôt on l'a fait là où l'opération était inutile. Dans les cas de rétrécissements infranchissables, où la méthode des incisions pourrait être considérée comme un auxiliaire, elle est impraticable.

---

23. *Du varicocèle et de sa cure radicale ;* par le docteur J. Helot, ancien interne des hôpitaux.

(Archives générales de Médecine, septembre 1844.)

Définition. — On entend généralement par *varicocèle* une tumeur formée par la dilatation variqueuse des veines du scrotum. Les auteurs ont désigné sous le nom de *cirsocèle* la dilatation variqueuse des veines du cordon spermatique du testicule et de l'épididyme; mais les auteurs modernes, pour la plupart, emploient indistinctement le nom de varicocèle pour désigner et la dilatation vari-

queuse des veines scrotales et celle du cordon testiculaire. Ce nom étant le plus employé de nos jours, c'est celui que nous adoptons, malgré sa formation hybride (*varix*, varice, et κηλη, tumeur), pour désigner les varices du cordon testiculaire.

Symptômes et marche du varicocèle. — Le varicocèle est, dans l'immense majorité des cas, une maladie bien légère, si toutefois elle mérite ce nom.

Le plus ordinairement, les personnes affectées de varicocèle ne s'en sont aperçues qu'accidentellement. Tantôt c'est à la suite d'un bain ou d'une marche prolongée par un temps chaud, qu'elles ont remarqué que leurs bourses étaient pendantes et plus volumineuses que d'ordinaire; tantôt c'est au conseil de révision qu'elles ont été averties de l'existence d'une maladie qu'elles ne soupçonnaient pas.

Au début, le développement variqueux des veines du cordon ne détermine ni gêne ni douleur, et le volume de la tumeur qui en résulte n'est pas assez considérable pour attirer l'attention du malade.

Mais par le développement progressif des varices testiculaires, les bourses s'épaississent, deviennent pendantes, augmentent surtout de volume dans les grandes chaleurs, à la suite d'une marche forcée, d'une fatigue considérable, d'une station verticale prolongée. Le malade dès lors éprouve le besoin de relever souvent les bourses pour leur donner une position plus commode et les mieux soutenir au moyen des vêtements. Mais pour que ces inconvénients se manifestent, il faut encore que le varicocèle soit assez volumineux; car le plus ordinairement le varicocèle ne va pas jusqu'à constituer, je ne dirai pas une infirmité plus gênante que douloureuse, mais jusqu'à devenir incommode.

Quand le varicocèle est très-volumineux, les veines variqueuses ne s'étendent pas seulement jusqu'à l'épididyme, mais encore descendent jusqu'au-dessous du testicule, à la partie la plus inférieure des bourses. Alors les veines de la cloison peuvent devenir variqueuses; les veines sous-cutanées forment même un réseau superficiel très-marqué. Quant aux veines du cordon elles-mêmes, elles acquièrent, dans quelques circonstances, un volume considérable, et forment une masse qu'on peut comparer à un peloton de cordes irrégulièrement roulées, à une agglomération de sangsues.

On aperçoit, dit Dionis, des vaisseaux gros et tortueux qui rampent sur le scrotum en forme de ceps de vigne... On sent des vaisseaux attachés à la partie supérieure du testicule, durs et gros comme des vers de terre dont ils ont la forme ordinaire, et tortueux comme quand les vers se raccourcissent.

En palpant avec soin la tumeur, on la sent se continuer jusque dans l'anneau inguinal; on perçoit cet entrelacement de vaisseaux au milieu desquels on a quelquefois peine à trouver le canal déférent.

Pour ce qui est du volume total de la tumeur, il est très-variable: il augmente dans les temps chauds; la station verticale, la marche forcée, contribuent à son développement, tandis que le froid, la position assise ou couchée, amènent un tel retrait des bourses que la présence du varicocèle se trouve plus ou moins dissimulée.

Lorsque les veines sont très-volumineuses, le séjour au lit, bien que diminuant la tumeur, lui laisse néanmoins ses caractères qui permettent de la reconnaître.

Jean-Louis Petit cite l'observation d'un malade chez lequel le varicocèle offrait le volume d'une tête d'enfant. Il en est quelques autres exemples. M. Landouzy nous a présenté des observations où le volume de la tumeur était considérable. La gêne est ordinairement en raison directe du volume de la tumeur; mais il n'en est pas de même du symptôme douleur. On a rencontré quelquefois des varicocèles fort douloureux, bien que peu volumineux. Lorsque le varicocèle devient douloureux, le malade éprouve un sentiment de pesanteur dans les bourses; le mouvement imprimé aux parties est pénible; le testicule est beaucoup plus sensible: on ne peut le toucher sans déterminer une douleur qui se propage le long du cordon, jusque dans la région lombaire. La marche, la fatigue, augmentent cette sensation pénible et quelquefois douloureuse qu'éprouve le malade, surtout dans les temps chauds. Le malade éprouve alors une lassitude générale, un état de fatigue qui lui rend le travail difficile et la marche pénible. Quant à l'intensité de la douleur, rien n'est plus variable: on a vu des personnes à peine incommodées d'un varicocèle énorme, tandis que la douleur que d'autres en éprouvent est intolérable, les plonge dans la tristesse et l'abattement.

Au milieu de cet épaississement du tissu cellulaire, du développement variqueux des veines testiculaires et scrotales, que devient le testicule?

D'après les observations rapportées dans les auteurs, le testicule du côté malade subirait une atrophie plus ou moins complète.

Pott nous en offre trois exemples. Dans les deux premiers cas rapportés par ce chirurgien, le varicocèle n'étant survenu qu'à la suite d'une contusion du testicule, on pourrait attribuer avec plus de raison l'atrophie testiculaire à la contusion elle-même. La troisième observation ne me paraît pas non plus très-concluante, car elle manque de détails; et il semble que dans ce cas l'atrophie complète des deux testicules fut la conséquence d'une orchite très-inflammatoire. (Pott, *Hern. aq.*, p. 177.)

On sait que l'atrophie du testicule est quelquefois consécutive à une contusion de cet organe; qu'elle est dans d'autres cas la conséquence d'une phlegmasie qui s'y serait développée: aussi, quand bien même, dans les cas que nous venons de citer, un varicocèle aurait préexisté à la contusion ou à la phlegmasie testiculaire, on ne pourrait pas rigoureusement placer l'atrophie du testicule sous la dépendance du varicocèle.

Il est encore impossible d'admettre que le varicocèle, qui est une maladie chronique, puisse amener en quelques jours l'atrophie du testicule. Cette remarque s'applique également au fait rapporté par Astley Cooper, dans lequel l'atrophie du testicule survint encore à la suite d'une contusion. Mais ce fait de l'atrophie consécutive du testicule a été beaucoup mieux établi par les recherches plus modernes. Dans les treize observations tirées de la clinique de M. Breschet et rapportées dans le mémoire de M. Landouzy, on trouve noté dans la plupart que le testicule du côté malade est plus mou et moins

gros que du côté sain. C'est un fait que nous avons également constaté plusieurs fois ; mais il est loin d'être constant (1).

M. Breschet et plusieurs autres ont signalé comme conséquence du varicocèle la mélancolie, la profonde tristesse, l'ennui de la vie, la tendance au suicide. Nous ne saurions considérer cet état comme dépendant directement du varicocèle lui-même. Chez ces malades, le varicocèle n'est que l'occasion, le prétexte, si je puis parler ainsi, de cet état mélancolique qui tient à une tout autre cause, telle que l'hypochondrie.

« Un symptôme que je n'ai jamais vu manquer, dit M. Landouzy, et que les auteurs ont oublié de mentionner, c'est l'augmentation de la sécrétion cutanée du scrotum du côté affecté. Cette sécrétion est même tellement considérable chez certains malades, qu'ils sont obligés de garnir de linge le côté gauche du suspensoir, qui, sans cette précaution, serait bientôt hors de service. » Cette observation de M. Landouzy est très-exacte. De mon côté, j'ai constaté ce fait, et même j'ai trouvé que plusieurs malades affectés de varicocèle présentaient à la face interne de la cuisse correspondante une éruption connue sous le nom d'*intertrigo*, ainsi que le prouve l'observation suivante.

Obs. I. — M. L. H., âgé de 26 ans, a vu se développer, depuis l'âge de 15 ans, un varicocèle du côté gauche. Jusqu'à l'âge de 20 ans, époque à laquelle il tira à la conscription, il s'était bien aperçu que depuis quelques années ses bourses étaient volumineuses, pendantes ; mais, comme il n'en souffrait pas, il n'avait point consulté de médecin, et ne portait point de suspensoir, bien qu'il eût l'habitude de monter à cheval et de chasser beaucoup. Depuis l'âge de 20 ans, ce varicocèle a beaucoup augmenté. Aujourd'hui, la bourse du côté gauche est triple au moins de celle du côté droit. La peau, qui est naturellement fine, puisque ce jeune homme est très-blond, est épaissie. En embrassant la tumeur entre les doigts, on retrouve un paquet veineux considérable qui s'étend depuis l'anneau inguinal jusqu'à l'épididyme. Au milieu de cette tumeur considérable, on trouve un testicule mou, flasque, près de moitié plus petit que celui du côté opposé. Le testicule gauche est également plus sensible au toucher que le droit.

Ce malade, qui avait appris le nom de sa maladie au conseil de révision, est venu me consulter en 1842. Il était fort peu incommodé de son varicocèle, puisqu'il n'avait rien changé à ses habitudes de vie, qu'il montait presque tous les jours à cheval et se livrait à l'exercice de la chasse du matin au soir, même pendant les plus grandes chaleurs. Il avait entendu parler des opérations que l'on est dans l'usage de pratiquer pour guérir de cette maladie ; il aurait bien désiré être opéré, parce que son varicocèle, qui avait augmenté beaucoup, était énorme, et constituait même une difformité apparente. Depuis quelques mois, il s'était développé à la face interne de la cuisse correspondante une éruption qu'on désigne sous le nom d'*intertrigo*, forme d'érythème qui lui occasionnait des démangeaisons et des cuissons désagréables ; une humidité continuelle de la partie affectée augmentait encore l'incommodité qu'en éprouvait le malade.

Je lui conseillai des frictions avec la pommade au goudron et au turbith minéral, ainsi que l'usage d'un suspensoir bien serré qu'il fut obligé de garnir de ce côté. Depuis qu'il s'est condamné à porter un suspensoir, il n'a plus vu se développer cet érythème qui reconnaissait pour cause le frottement de deux surfaces cutanées constamment humides. Son varicocèle n'augmente plus, et il n'en souffre pas.

Quant à la marche du varicocèle, elle est ordinairement lente. On trouve bien dans les auteurs des cas de début brusque de la maladie, dans lesquels quelques jours ont paru suffire pour amener la tumeur à son summum de développement ; mais il est à remarquer qu'alors il s'agissait de varicocèle qui se manifestait à l'occasion d'une chute, d'une contusion, etc. Comme nous savons que le varicocèle est ordinairement indolore, surtout au début, que la dilatation variqueuse des veines ne se fait que progressivement, ne serions-nous pas en droit de supposer que la maladie existait avant la contusion? Ne pourrait-il pas se faire que l'invasion remontât à une époque beaucoup plus éloignée, et que les symptômes aient été uniquement exaspérés par la cause qu'on supposait seule les avoir produits? Ce n'est pas que je veuille par là nier que le varicocèle ne puisse être la conséquence d'une contusion; mais, dans ces cas encore, son développement ne me paraît pas pouvoir se faire d'une manière brusque ; son accroissement ne peut être que lent et progressif, comme il arrive dans le développement des varices.

Ordinairement le varicocèle qui se montre vers l'âge de la puberté met plusieurs années à se développer : dans beaucoup de cas, il reste peu volumineux, et ce n'est que très-exceptionnellement qu'il acquiert un volume énorme. Une remarque digne d'attention, c'est qu'il n'y a guère que les jeunes gens qui réclament une opération pour guérir de cette maladie. Ne pourrait-on pas trouver dans ce fait la confirmation de celui de la diminution des varices chez les vieillards ? Ce qui est positif, c'est que les varices ne s'accroissent pas indéfiniment, qu'il arrive un âge où elles deviennent stationnaires, où même elles diminuent. Et si cette considération est applicable au varicocèle, comme il est permis de le penser, il en résulte une source d'indications thérapeutiques que nous développerons plus loin.

Pour ce qui est du varicocèle symptomatique d'une hernie, d'une tumeur abdominale, d'une maladie du foie, etc., rien ne me semble moins prouvé que son existence. J.-L. Petit rapporte une observation dans laquelle, d'après *un léger embarras du foie*, il diagnostiqua un varicocèle. Malgré tout le respect qu'on doive avoir pour ce chirurgien, il est impossible de reconnaître dans la description qu'il donne, un varicocèle. Ce chirurgien était évidemment sous l'influence d'une idée préconçue, car rien n'est moins prouvé que la relation de cause à effet entre une maladie du foie et le varicocèle. Une tumeur du testicule, une hydrocèle, une hernie, une tumeur

(1) Les observations à l'appui de cette description du varicocèle se trouveront dans la partie de notre mémoire qui traitera des opérations chirurgicales proposées pour la cure radicale de cette maladie.

de la fosse iliaque, etc., peuvent bien occasionner le développement des veines sous-cutanées du scrotum; mais produisent-elles le varicocèle? c'est ce qui me paraît fort contestable : du moins il n'existe, que je sache, aucune observation qui établisse ce fait d'une manière précise.

Etiologie.—Je dois présenter ici quelques considérations critiques sur l'étiologie de cette maladie, étiologie qui est beaucoup plus obscure qu'on ne le pense généralement. Les auteurs, sous le nom de *causes anatomiques* qui peuvent prédisposer au varicocèle, distinguent celles qui agissent des deux côtés, en même temps à droite et à gauche, de celles qui n'agissent que sur l'un ou l'autre côté.

Parmi les causes agissant également des deux côtés, on range la situation déclive des veines spermatiques, leur longueur, la faiblesse de leurs parois relativement au trajet qu'elles doivent parcourir, l'absence des valvules. On signale encore, comme condition anatomique très-favorable à la production du varicocèle, le nombre considérable de veines qui, sous le nom de *plexus pampiniforme*, donnent naissance aux veines testiculaires. Indépendamment de cette longueur considérable des veines spermatiques, qui diminue le ressort et la résistance des parois, M. Landouzy fait remarquer que la pression de la colonne de sang, qui, de la deuxième vertèbre dorsale environ, pèse sur la pyramide vasculaire formée par le plexus pampiniforme, doit être assez notable pour que son action puisse être appréciée dans la production du varicocèle.

Enfin, pour donner une idée de cette tendance toute mécanique qui domine depuis si longtemps la chirurgie, qu'il nous suffise de citer le passage suivant de J.-L. Petit :

« Ces vaisseaux, dit ce chirurgien, en passant sous l'anneau des muscles du bas-ventre, sont appuyés sur l'os pubis, comme la corde d'un puits l'est sur la poulie, de manière que le testicule, auquel ces vaisseaux parviennent, peut bien être comparé au seau qui se trouve à l'extrémité de la corde du puits; et comme le seau agit sur cette corde à proportion de son poids, le testicule agit également sur le cordon spermatique, et celui-ci sur le pubis, aussi à proportion de son poids. Ce poids, quel qu'il soit, tend à oblitérer les vaisseaux et à rendre le passage des liqueurs plus difficile. »

Il est impossible de trouver, avec M. Landouzy, cette comparaison ingénieuse; elle est complétement fausse. Le cordon n'est pas suspendu comme une corde libre dans l'air. Chacune des parties du cordon, veines, artère et canal déférent, est contenue dans des gaînes fibreuses propres et communes qui soutiennent les parties, empêchent les tiraillements. Le dartos et le crémaster peuvent bien contre-balancer l'effet prétendu qu'exerce le poids du testicule. La comparaison de J.-L. Petit serait tout au plus vraie sur un écorché.

Du reste, prétendre expliquer ces états morbides par l'état normal ou physiologique, c'est affirmer une banalité semblable à celle-ci : pour avoir un varicocèle, il faut avoir un cordon, des vaisseaux spermatiques, un testicule, et toutes ces parties dans la disposition anatomique connue.

Trouver la cause de cette maladie dans la disposition vasculaire normale, n'est-ce pas dire *avec vérité* que le varicocèle ne s'observe ni au pied ni à la main?

Pourquoi chez tous les hommes l'absence des valvules n'est-elle pas cause de varicocèle? Pourquoi la longueur des veines, la pression de l'onde sanguine, ne diminuent-elles pas toujours les ressorts des parois vasculaires de manière à rendre constamment nécessaire la production du varicocèle? Pourquoi la position déclive, la pression exercée par le poids du testicule ne développe-t-elle pas fatalement cette maladie?

Toutes ces conditions anatomiques peuvent servir à expliquer les phénomènes qui s'observent dans la maladie qui nous occupe, mais ne peuvent et ne pourront jamais nous donner la raison du travail morbide qui se passe dans l'organe qui devient le siége de la lésion caractéristique du varicocèle.

Comme cause du varicocèle, les auteurs attachent une grande importance aux alternatives si fréquentes de réplétion et de vacuité auxquelles les veines sont soumises suivant les diverses attitudes du corps, la température, etc. Nous aurions à peu près les mêmes remarques à faire sur la nature de cette cause.

Les auteurs ne seront pas plus heureux dans leurs explications anatomiques de la fréquence relative plus grande du varicocèle à gauche. D'après Morgagni, Astley Cooper et quelques autres anatomistes, la fréquence comparative du varicocèle à gauche tient à ce qu'à droite la veine spermatique se rend dans la veine cave descendante dans une direction presque parallèle à l'axe du vaisseau et par conséquent dans un sens analogue au cours du sang, condition qui rend l'écoulement du sang plus facile; tandis qu'à gauche la veine spermatique se jette dans l'émulgente à angle droit, dans une direction perpendiculaire au courant sanguin qui vient du rein, d'où il résulte un obstacle à la circulation.

Mais si cette disposition anatomique est commune à tous les hommes, comment explique-t-elle le varicocèle de quelques-uns?

On a attribué encore cette plus grande fréquence du varicocèle à gauche à la compression exercée, sur les vaisseaux spermatiques de ce côté, par les matières stercorales accumulées dans la portion iliaque du colon. Callisen, t. II, p. 112, s'exprime ainsi : *Morbus hic, ob intestini coli infractum ac sanguinis venosi difficiliorem circulum, in sinistro latere frequentiùs occurrit quam in dextro.*

J.-L. Petit dit également : « J'ai observé que cette maladie arrive plus souvent au testicule gauche, parce que les excréments parvenus dans la partie gauche de l'intestin colon, et retenus dans la double courbure de cet intestin, sont immédiatement appuyés sur les vaisseaux spermatiques, et empêchent, par leur poids (toujours de la mécanique) et leur endurcissement, le retour du sang et de la lymphe.

Et d'abord J.-L. Petit n'a rien observé à cet égard; ce qu'il dit n'est qu'une affirmation sans preuve. Qui sait le degré de pression que peut exercer dans l'état physiologique le passage de l'intestin sur les veines spermatiques? Quel moyen de mesurer cette pression? Du reste, l'intestin n'est-il pas soutenu et

fixé par le mésentère? L'intestin qui peut chasser les matières fécales ne peut-il pas les soutenir? Si l'S iliaque du colon passe au-dessus des veines spermatiques à gauche, le cœcum ne se trouve-t-il pas à droite dans des conditions absolument les mêmes? Pourquoi donc de ce côté le varicocèle est-il si rare? Si la pression exercée par les matières fécales pouvait gêner la circulation dans le cordon des veines spermatiques, dans la position horizontale, pendant le repos au lit, la circulation devrait être plus embarrassée que dans la position verticale ; on devrait au lit observer l'accroissement du varicocèle. D'où vient donc qu'il en est tout autrement? C'est que cette pression de l'intestin n'est qu'imaginaire; c'est que les veines du cordon, logées dans une gouttière qui leur est propre, le long de la colonne vertébrale au-dessous du mésentère, se trouvent protégées par le feuillet aponévrotique qui leur sert de gaîne.

M. Landouzy nous dit que sur dix-sept malades chez lesquels il a pris avec soin l'état habituel du tube digestif, un seul présentait une constipation habituelle. Cette seule observation aurait dû lui faire rejeter tout d'abord l'influence d'une semblable cause. Mais, sans s'embarrasser le moins du monde de la difficulté, il ajoute « qu'il n'est pas besoin d'ailleurs de l'état de constipation pour rendre compte de l'obstacle opposé au cours du sang par la position de l'S iliaque du colon; la pression habituelle des matières fécales, presque continuellement accumulées dans cette partie du gros intestin, peut suffire, même chez ceux qui vont le plus régulièrement à la selle, à faire admettre cette cause au nombre des plus vraisemblables. » Non, ce n'est pas une cause très-vraisemblable; car, si la pression exercée par l'intestin sur les veines est, comme nous l'avons vu, très-problématique, il n'est rien moins que prouvé que les *matières fécales soient presque continuellement accumulées dans cette partie du gros intestin chez les personnes qui vont régulièrement à la selle*. Du reste, la constipation ne s'observe pas d'ordinaire chez les jeunes gens; elle est au contraire très-fréquente chez les vieillards, chez lesquels on ne voit point se développer de varicocèle.

On donne encore comme cause de la plus grande fréquence du varicocèle à gauche l'exagération de cette disposition anatomique des veines que nous avons signalée plus haut. Ainsi, de ce côté, dit-on, elles sont encore plus larges, plus longues, plus flexueuses, et le testicule gauche, ordinairement plus volumineux que le droit, descend aussi plus bas dans les bourses. Cette assertion n'est rien moins qu'exacte : ces différences sont bien minimes pour qu'on puisse admettre une action si prononcée dans la plus grande fréquence de cette maladie à gauche. Du reste, cette disposition, commune à tous les hommes, en quoi, comment et quand conclut-elle à la production du varicocèle? C'est ce qu'on ignore; c'est cependant ce qu'il faudrait nous dire pour conclure à la relation de cause à effet.

Relativement à l'âge auquel se montre le varicocèle, contrairement à l'opinion de Delpech, qui affirme que cette maladie est ordinairement le partage des adultes et des vieillards, et qu'on l'observe rarement chez les jeunes gens, je crois pouvoir dire, d'après les observations que j'ai recueillies à l'hôpital de la Charité et à l'hôpital du Midi, dans les services de M. Velpeau et de M. Ricord, que le varicocèle se montre le plus ordinairement vers l'époque de la puberté, et qu'on l'observe dans la période de 10 à 35 ans. Cette opinion est, du reste, professée depuis longtemps par M. Ricord. Sur 29 observations dans lesquelles je trouve l'époque du début, 9 fois le varicocèle s'est montré avant 15 ans, 14 fois de 15 à 26, et 6 fois de 25 à 35 ans.

Ce résultat est, du reste, parfaitement semblable à celui présenté par M. Landouzy, qui, dans son mémoire, a donné le tableau suivant :

Age des individus.	Nombre des cas.
De 9 à 15	7
De 15 à 25	16
De 25 à 35	5

On devait s'attendre, du reste, à ce résultat; car le varicocèle n'est autre chose qu'une espèce de varice, et on sait que, chez les vieillards, il n'en survient plus. On trouve bien chez eux les veines dilatées et saillantes, mais rarement elles sont tortueuses. Cette simple dilatation est due à l'amaigrissement qui dissèque en quelque sorte ces vaisseaux alors flottants au milieu d'un tissu cellulaire raréfié, et que ne soutient plus la peau devenue lâche et comme décollée. On ne voit pas se développer chez les vieillards ces cavités accidentelles en communication avec le calibre de la veine, et qui, dans les varices, constituent de véritables tumeurs anévrysmatiques veineuses. Chez les vieillards, la flaccidité des tissus, et du scrotum en particulier, permet cette dilatation passive des veines; mais le varicocèle, comme les varices, ne consiste pas tant dans la dilatation des troncs principaux que dans le développement anormal des radicules veineuses.

Tous les auteurs s'accordent à assigner comme cause de varicocèle l'abus des plaisirs vénériens et la masturbation. Sans prétendre en nier absolument l'influence dans la production du varicocèle, je suis loin pourtant d'admettre cette cause comme démontrée.

On prétend que cette maladie est beaucoup plus fréquente dans les pays chauds que dans les climats du Nord. Dans nos contrées, on regarde le varicocèle comme une maladie si commune, que, d'après les calculs de M. R. Marjolin (thèse, 1837), on peut compter environ 60 individus sur 100 affectés de varicocèle plus ou moins développé.

Il est encore un point d'étiologie sur lequel nous ne pouvons partager l'opinion de quelques auteurs. On dit généralement que l'épididymite blennorrhagique est une cause très-fréquente du varicocèle; il est vrai que le varicocèle comme l'épididyme s'observent beaucoup plus souvent à gauche qu'à droite; mais de là à un rapport de causalité de l'un des deux par rapport à l'autre, il y a fort loin. Quand on connaît la fréquence du varicocèle chez les jeunes gens, et la facilité avec laquelle ils s'exposent à contracter la blennorrhagie, il est difficile, lorsqu'on a observé chez le même individu l'épididymite et le varicocèle, de voir dans ce fait autre chose qu'une coïncidence. En cela nous partageons l'opinion de M. Ricord.

Les malades, du reste, ont une tendance presque invincible à rapporter à une maladie vénérienne, quand ils en ont eu une, tous les accidents qui leur surviennent ensuite du côté des organes génitaux. Cette remarque explique facilement l'erreur que nous venons de signaler ; ces malades, en effet, attribuent souvent à une blennorrhagie un varicocèle qu'ils portent depuis plusieurs années et qu'une épididymite leur a fait découvrir.

Obs. II.—Sauvion, âgé de 28 ans, boulanger, demeurant à Paris, Grande rue Verte, n° 24, entré le 28 janvier 1840, est couché au n° 27 de la salle 2. Le malade avait contracté, le 6 janvier, une blennorrhagie : l'écoulement continuait abondamment et sans douleurs, lorsque, le 22 janvier, à la suite de quelques excès de boisson et sans la moindre diminution dans l'écoulement, le malade fut pris d'une épididymite blennorrhagique du côté gauche : il n'avait pris jusqu'alors que des boissons délayantes et n'avait point porté de suspensoir. Aujourd'hui, 29 janvier, l'écoulement est aussi abondant, au dire du malade, qu'au premier jour de la manifestation de la douleur et du gonflement testiculaire; le cordon, plus volumineux que le pouce, est sinueux, bosselé ; l'épididyme, aussi très-volumineux, encadre le testicule, dont il est difficile d'apprécier la rénitence, à cause de l'œdème considérable du scrotum. Le malade a eu peu de fièvre ; la tumeur est très-douloureuse. 25 sangsues sont appliquées sur le trajet du cordon testiculaire ; bain, et à la suite cataplasmes et onctions mercurielles sur les bourses ; un lavement purgatif est prescrit. Diète ; limonade pour boisson. Les jours suivants, l'amélioration est peu sensible ; toutefois la fièvre a disparu. On accorde le quart de régime au malade. — Le 4 février, l'œdème a complétement disparu ; il n'y a pas de liquide dans la tunique vaginale ; la peau des bourses est même adhérente aux parties profondément situées et ne conserve rien de sa mobilité normale. Le malade n'éprouve plus de vives douleurs au toucher; le cordon est toujours volumineux; le testicule paraît complétement étranger à la maladie ; il présente son élasticité normale et cette quasi-fluctuation qui lui est propre. Une ponction est faite pour s'assurer si elle est due à du liquide épanché dans la tunique vaginale, mais il ne sort point de sérosité. Par un examen plus minutieux, on observe alors un varicocèle peu considérable (il est vrai que l'œdème l'avait jusqu'ici dissimulé) et dont voici les caractères : on sent sous la peau du scrotum, et au-dessus du testicule et de l'épididyme, de petits cordons veineux durs, roulant sous la peau, et qui vont se perdre au milieu de cette masse noueuse qui compose le cordon. Le malade, interrogé avec soin, dit avoir éprouvé quelquefois, avant la blennorrhagie, des douleurs dans l'aine et la région lombaire gauche; avoir remarqué que son testicule gauche était plus lourd et descendait beaucoup plus bas que celui du côté opposé; mais il n'a jamais consulté de médecin. On continue les cataplasmes et les frictions mercurielles. — Le 8 février, le volume du cordon a beaucoup diminué; on commence à en isoler les parties : on sent alors distinctement le canal déférent plus que doublé de volume ; les veines forment de petits cordons durs, peu mobiles encore ; l'épididyme a aussi notablement diminué de volume ; plus de douleurs, si ce n'est lorsque le malade est debout et ne soutient pas son testicule. — Le 15 février, 25 grammes de poudre de cubèbe, six injections de nitrate d'argent dans la journée. On continue les injections et le cubèbe le 16. — Le 17, on suspend les injections ; le cubèbe est porté à 30 grammes. Diminution notable dans l'écoulement.— Le 22 février, les injections sont reprises ; pendant deux jours, on continue les frictions mercurielles sur les bourses. — Le 26, l'écoulement ne reparaît plus : on continue le cubèbe.—Le 4 mars, le canal déférent est revenu à peu près à son volume normal: on sent encore les cordons veineux dont nous avons parlé. Il reste un engorgement assez notable, mais indolent, à l'épididyme. Le malade demande et obtient sa sortie. On le fait marcher et rester debout près de deux heures, et il ne présente aucun développement des veines, ni du cordon, ni du scrotum.

Dans cette phlegmasie blennorrhagique du cordon testiculaire que nous venons de décrire, on voit que tous les éléments du cordon furent envahis par l'inflammation ; que les veines même s'indurèrent par la coagulation du sang qu'elles contenaient, circonstance qui explique l'œdème. On voit que l'inflammation qui s'est emparée des veines pour les indurer a dû nécessairement les trouver variqueuses, car les varices ne se développent pas en quelques jours.

Obs. III. — Saint-Martin (Charles-Claude), âgé de 22 ans, entré le 14 février, marchand des quatre saisons, est couché à la salle 8, n° 7. Il y a trois mois que ce malade eut une blennorrhagie pour laquelle il ne fit aucun traitement ; cette blennorrhagie, vers la troisième semaine de sa durée, lui occasionna, à la suite d'une fatigue plus grande et d'excès de boisson assez considérable, une épididymite du côté gauche, pour laquelle il est entré dans le service de M. Puche. Il y resta longtemps (vingt-six jours), temps pendant lequel on ne lui fit rien prendre autre chose que du cubèbe. Au bout de ce temps, il fut renvoyé guéri et de son écoulement blennorrhagique et de son épididymite. Toutefois il restait, comme il arrive assez souvent, une induration indolente de l'épididyme.

C'est la persistance de cette induration qui détermina le malade à rentrer à l'hôpital. Interrogé avec soin sur la liaison qui peut exister entre l'épididymite dont nous avons parlé et le varicocèle que nous observons, il répond que depuis plusieurs années il a remarqué que son testicule du côté gauche était beaucoup plus pendant que du côté opposé, qu'il a souvent ressenti une pesanteur plutôt gênante que douloureuse, et que, lorsqu'il fatiguait, ses bourses devenaient plus grosses!

Toujours est-il qu'aujourd'hui il présente un varicocèle très-volumineux existant depuis longtemps, car lorsqu'on lui demande si sa maladie a beaucoup augmenté depuis son épididymite, il répond que non.

Ce qui l'occupe surtout, c'est le petit noyau d'induration de l'épididyme. Ce malade fut opéré de son varicocèle ; nous rapporterons plus loin la fin de l'observation.

Dans ce cas encore, on voit que le varicocèle était préexistant.

M. Blandin dit, dans le *Dict. de méd.* en 15 volumes, qu'il connaît trois frères qui furent tous les trois exemptés du service militaire pour cause de varicocèle; le père était lui-même affecté de cette maladie. Des faits semblables se trouvent consignés dans les auteurs : l'hérédité peut donc être rangée au nombre des causes du varicocèle.

Telles sont les considérations qu'il m'a semblé utile de présenter sur l'étiologie de cette maladie, afin de montrer combien peu était fondée l'opinion généralement admise sur les causes dites anatomiques et physiologiques du varicocèle.

Du diagnostic. — Le diagnostic de cette maladie ressort nécessairement de la description que nous en avons donnée. On reconnaîtra toujours un varicocèle à la présence des veines variqueuses, à l'existence de cordons mous, élastiques, demi-fluctuants, noueux, unis lâchement les uns avec les autres, pouvant se dissocier, tenant au corps du testicule et se prolongeant jusque dans le canal inguinal.

L'état ordinairement mou du testicule, son amoindrissement toujours facile à apprécier, mettront le chirurgien à l'abri de l'erreur qui tendrait à regarder la tumeur comme étant formée par le testicule lui-même. Les variations de volume de la tumeur, suivant qu'elle se trouve soumise aux influences de la chaleur ou du froid, fourniront des renseignements utiles. L'épaississement des tuniques du scrotum enfermant cette masse variqueuse irrégulière, sinueuse, donnant la sensation d'un paquet de sangsues, sera toujours facile à constater. Le volume plus considérable des bourses devenues pendantes, la mollesse, la dépressibilité de la tumeur, qui n'a pas la rénitence d'une tumeur compacte serrée dans sa texture, ne laisseront aucun doute au chirurgien. Ce qui forme un des meilleurs caractères du varicocèle, c'est la dissociation possible de chacune des parties de la tumeur. C'est ainsi que par le toucher le chirurgien peut isoler de la peau le paquet variqueux, le séparer de l'artère testiculaire et du canal déférent, compter, en quelque sorte, chacun des replis, chacune des circonvolutions des veines, faire passer entre ses doigts successivement chacun de ces cordons noueux.

La tumeur variqueuse des bourses est sans dureté, élastique, sans limitation exacte, sans consistance compacte; elle n'a pas le poids d'une tumeur entièrement solide. Si le malade se couche, la tumeur peut disparaître comme la hernie; mais en appliquant les doigts sur l'anneau pour s'assurer qu'aucune hernie ne sort, si on fait lever le malade dans cette position, on voit petit à petit la tumeur se reformer de bas en haut, comme conséquence de l'arrêt apporté dans la circulation veineuse par la pression des doigts. Dès lors on peut retrouver dans la tumeur les caractères que nous lui avons assignés plus haut.

La marche lente et progressive de la maladie, cette douleur gravative dans les bourses, s'étendant du testicule jusque dans la région lombaire, s'augmentant dans les chaleurs par une station verticale prolongée, une marche forcée, et cela en l'absence de toute phlegmasie, de tout état fébrile, éclaireront suffisamment le chirurgien pour rendre l'erreur à peu près impossible. Aussi ne nous arrêtons-nous pas davantage sur ce point.

Traitement. — D'après la description que nous venons de donner de la maladie, il est manifeste que, dans l'immense majorité des cas, elle ne doit exiger aucun traitement. C'était l'avis de la plupart des chirurgiens avant l'époque où M. Breschet s'occupa de cette question de thérapeutique, et c'est encore l'opinion du plus grand nombre.

Boyer, Dupuytren, Astley Cooper, n'opéraient point les varicocèles.

Le traitement du varicocèle, dit ce dernier chirurgien, doit avoir pour objet d'en prévenir l'accroissement et d'en éloigner les inconvénients actuels. Il faut soutenir le scrotum au moyen d'un suspensoir. Les parties doivent être tenues dans une température aussi fraîche que possible. Toute pression des vêtements doit être évitée... Les bains froids sont utiles; les lotions avec de l'eau froide tenant en dissolution du nitrate de potasse et de l'hydrochlorate d'ammoniaque peuvent être utiles.

Ce chirurgien conseille encore des applications irritantes, et même des vésicatoires volants sur le scrotum, dans le but d'obtenir l'épaississement des tuniques du scrotum.

Mais, dit-il encore, dans les cas de varicocèle, tels qu'il se présente ordinairement, il est préférable de déclarer au malade que la tumeur n'a rien d'inquiétant, qu'elle n'exerce aucune influence fâcheuse sur les fonctions génératrices; le chirurgien doit encore, pour relever le moral du malade, lui dire que le varicocèle est si fréquent que probablement sur vingt personnes il y en a au moins une qui en est atteinte, et cela sans que la santé ni aucune des fonctions en soient le moins du monde altérées.

Ce n'aurait été qu'à la dernière extrémité que ce chirurgien se serait décidé à une opération; et il est bon de noter que cette extrémité, il ne l'a pas rencontrée dans sa longue pratique; car pour nous montrer un cas dans lequel une opération devint nécessaire, il est obligé de recourir à la pratique de M. Key.

Cette conduite fut également tenue par Dupuytren.

Ainsi donc, si ce n'est que très-exceptionnellement, tout le traitement du varicocèle doit consister à faire porter un suspensoir, petit bandage bien connu et qui n'exige point ici de description.

Prescrire des moyens palliatifs est donc la seule chose à faire, dans le plus grand nombre des cas.

Puisque le varicocèle n'est pas une maladie qui compromette les jours du malade, le chirurgien ne doit pas faire d'opérations préventives, quand bien même ces opérations ne seraient que très-rarement suivies d'accidents.

Dupuytren, Astley Cooper et les autres n'opéraient pas le varicocèle seulement parce que les opérations telles qu'on les faisait avant eux étaient dangereuses, mais encore parce qu'ils regardaient la maladie comme trop innocente pour exiger une opération. Ainsi, la première question n'est pas de savoir quel est le degré d'innocuité des diverses méthodes opératoires; ce qu'il s'agit de déterminer

avant tout, c'est quand on doit opérer et quand on doit s'abstenir.

Il nous reste donc à examiner quelles sont les indications positives de l'opération, avant de rechercher, dans la comparaison des divers procédés entre eux, quel est le meilleur.

Pour nous, une gêne notable, la douleur même qu'éprouverait un malade presque habituellement, ne motiveraient pas une opération : on devrait se contenter de lui indiquer les moyens inoffensifs qui pourraient le soulager. Si, en considération de cette gêne, de cette douleur même, on proposait une opération chirurgicale, je ne verrais pas trop pourquoi on n'amputerait pas les orteils pour guérir des cors aux pieds ; car assurément la douleur que déterminent les cors aux pieds est plus intolérable que ne l'est ordinairement celle du varicocèle.

Cette tristesse, l'ennui de la vie qu'on observe quelquefois à l'occasion d'un varicocèle, ne sauraient être toujours une indication de l'opération; car si un hypochondriaque venait réclamer une opération pour une maladie qu'il n'aurait pas ou qui n'exigerait pas par elle-même d'opération, on ne devrait pas lui en pratiquer.

Mais lorsque tous les palliatifs ordinaires ont été employés, si le volume énorme de la tumeur, si les douleurs devenues insupportables, mettaient le malade dans l'impossibilité de vaquer à ses occupations, s'il était impossible au malade de changer de profession dans les cas où celle-ci serait cause du développement progressif de la maladie, alors seulement, à cause des *accidents graves et immédiats*, on pourrait recourir à une opération.

Mais comme, par tous les procédés possibles d'opération, on a perdu des malades ou qu'on peut en perdre, ce n'est qu'à la dernière extrémité que le chirurgien doit proposer une opération dans le but d'obtenir la cure radicale du varicocèle.

Dans le cas où l'opération est indiquée, quels sont les divers procédés opératoires qu'on peut mettre en usage? c'est ce qui fera l'objet d'un second article dans lequel nous nous efforcerons d'indiquer les avantages et les inconvénients de chacun d'eux.

(*La suite à un prochain numéro.*)

XII. GÉNÉRALITÉS.

26. *Deuxième série des leçons cliniques sur la plessimétrie.* — Hôpital de la Pitié. — M. Piorry.

(Suite : voir Encycl., t. 145, septembre 1844, p. 128.)

(Gazette des Hôpitaux, N° 114.)

Plessimétrie de la vessie. — Avant d'exposer ce qui a trait à l'exploration plessimétrique de la vessie, il est nécessaire d'émettre quelques considérations anatomiques sans la connaissance desquelles il serait impossible d'obtenir les résultats que ce mode d'investigation peut offrir. Disons d'abord que les rapports anatomiques de la vessie varient en étendue : en haut, avec les circonvolutions inférieures de l'intestin grêle; sur les côtés, avec le cœcum et l'S iliaque du colon, selon son état de plénitude ou de vacuité. Remplie d'urine, elle dépasse plus ou moins les pubis; vide, elle est appliquée derrière cet os. Il faut encore savoir tenir compte, au besoin, des différences de capacité que ce réservoir présente chez les sexes et aux différents âges.

Plus grande chez la femme que chez l'homme, elle offre une capacité proportionnellement plus considérable chez l'enfant que chez l'adulte. Sa forme varie dans ces diverses conditions autant que son volume. Allongée de bas en haut chez l'enfant, elle est ovoïde chez l'homme, arrondie et presque sphéroïdale chez la femme. La portion la plus élevée touche à la paroi antérieure de l'abdomen; elle s'en trouve plus ou moins séparée dans tout le reste de son étendue par les anses intestinales.

La vessie ne renferme jamais de gaz à l'état normal; mais on sait qu'elle peut en contenir accidentellement par suite de certains états pathologiques. M. le docteur Maillot a cherché à déterminer quels étaient les phénomènes plessimétriques que produisait la présence des gaz dans la vessie, soit qu'ils s'y fussent développés spontanément sous l'influence d'un état morbide spécial, soit qu'ils y eussent été introduits artificiellement et dans un but expérimental. Nous exposerons tout à l'heure les résultats auxquels il est arrivé.

Ces considérations préliminaires posées, passons à l'examen des différentes sensations que l'on peut obtenir par la percussion de la vessie dans ces divers états, et en suivant les règles plessimétriques qu'il nous reste à établir.

Le malade sera placé dans une position telle, que le bassin soit pour le moins aussi élevé que la tête; de cette manière les muscles abdominaux seront tenus dans le relâchement, les portions du tube digestif qui recouvrent habituellement le sommet de la vessie seront éloignées, et il sera possible de pousser assez loin et assez profondément l'étude de cet organe. Si la vessie contient peu d'urine ou n'en contient pas du tout, la plessimétrie ne permettra de saisir que des qualités de son variables suivant les individus, et toujours en rapport avec les portions d'intestin qui seront plongées dans le petit bassin au voisinage de cet organe. Si, au contraire, la vessie renferme de l'urine en quantité telle que son sommet dépasse l'enceinte des pubis, la percussion en dénotera l'existence; et si l'urine contenue distend considérablement les parois, les appréciations deviendront plus évidentes, et leur indication viendra aider considérablement le diagnostic.

Pour l'exploration plessimétrique de la vessie, le médecin se placera alternativement à droite et à gauche du malade, et il percutera selon les lignes suivantes :

1° une première ligne suivant la ligne médiane,

passant de l'appendice xiphoïde et se dirigeant vers la symphyse pubienne ;

2° Une deuxième ligne perpendiculaire à la première, et passant par les épines iliaques antérieure et supérieure ;

3° Puis des lignes obliques à droite et à gauche des deux premières, et venant converger toutes vers l'intersection des lignes précédemment indiquées.

La percussion sera donc conduite selon la première ligne, légèrement d'abord, et en effleurant le plessimètre avec les doigts. Si sur tous les points on obtient de la résonnance, on aura toute raison de croire que, s'il y a de l'urine renfermée dans la vessie, sa quantité est peu considérable. Alors, comme il n'est pas impossible que des masses intestinales la séparent plus ou moins des parois de l'abdomen, on déprimera graduellement ces parois, de manière à ne pas altérer, par des sons étrangers, les sons propres de la vessie. Cette dépression devra être faite avec une certaine force, mais avec prudence et d'une manière graduelle. En procédant ainsi, on est tout surpris de voir qu'on parvient à découvrir la vessie, bien qu'elle ne dépasse point le rebord des pubis.

Si, au contraire, la vessie contient de l'urine en quantité notable, on trouvera dans la région hypogastrique un son mat et d'absorption qui signalera la présence de cet organe, et ce sera en suivant les autres lignes que nous venons d'indiquer qu'il sera possible de limiter exactement la ligne demi-circulaire que présente cet organe au-dessus du pubis lorsqu'il est distendu.

Il peut arriver, avons-nous dit, que des gaz se développent spontanément dans la vessie, ou qu'il y pénètre accidentellement de l'air par suite de diverses circonstances toutes physiques, telles que l'introduction d'une sonde dans la vessie, la pratique des injections, ou l'existence d'une communication fistuleuse, etc. Si l'air, ou tout autre gaz, et l'urine ne s'y trouvent à la fois qu'en petite proportion, la percussion donnera dans la région occupée par la vessie le bruit hydraérique ou humoral. Mais si la vessie se trouve distendue par l'accumulation, tout à la fois, d'une grande quantité de gaz et de liquide, voici ce que l'on observera. Nous transcrivons ici textuellement le résultat des recherches qu'a faites M. Maillot sur ce sujet :

« Lorsque la vessie renferme à la fois et de l'eau et de l'air, tous les points de sa circonférence qui se trouvent en rapport avec le liquide fournissent à la percussion une matité d'autant plus grande qu'on s'éloigne davantage en bas de la ligne de niveau ; mais lorsque, cessant de percuter sur ces points, on applique le plessimètre au niveau du sommet de la vessie sans déprimer les parois abdominales, on obtient, en frappant légèrement, un son excessivement clair, qui rappelle plutôt le bruit de pot fêlé que celui du cœcum ou de l'S iliaque : que si, après avoir déprimé les parties molles jusqu'à les mettre au contact du liquide, on percute encore avec modération, l'obscurité de son est évidente ; mais si, sans changer le plessimètre de place, on vient à le frapper plus fortement, de manière à forcer le liquide à s'agiter violemment contre les gaz que la vessie renferme, on produit alors un son clair qui ferait croire d'autant mieux au défaut d'urine dans la vessie, qu'en percutant toujours avec la même force à toute profondeur, on n'obtient jamais que la même qualité de son clair dont je viens de parler » (1).

Ces considérations théoriques conduisent naturellement à des données pratiques très-étendues et très-importantes.

Il serait trop long d'énumérer ici les circonstances nombreuses dans lesquelles la percussion de la vessie peut être de la plus grande utilité pour le diagnostic. Il nous suffira d'en énoncer quelques-unes pour en faire sentir toute l'importance. Ainsi, la percussion de la vessie apprend à connaître si cet organe contient ou non de l'urine, sans avoir besoin de recourir au cathétérisme ; elle empêchera de prendre la suppression d'urine pour la rétention de ce liquide. Personne n'ignore l'influence qu'exerce sur cet organe les lésions graves des centres nerveux ; il ne sera plus permis de méconnaître jusqu'à quel point, dans ces cas souvent si difficiles, la vessie est distendue par le produit de la sécrétion urinaire. Il en sera de même pour reconnaître les distensions urineuses qui se manifestent si fréquemment dans la plupart des fièvres graves, dans la méningite, la péritonite, etc. ; celles qui sont le résultat de la compression du col de la vessie ou de l'urètre par l'accumulation des matières fécales dans le rectum, ou qui dépendent d'une affection organique du rectum, des bourses, etc. Enfin, les chirurgiens en pourront tirer un grand parti pour la plupart des opérations qui se pratiquent sur la vessie.

---

27. *Discours prononcé a la rentrée du cours de clinique chirurgicale, à la Faculté de médecine de Strasbourg ;* par M. le professeur C. Sédillot.

(Année scolaire 1843-1844.)

(Annales de la Chirurg. franç. et étrang., sept. 1844.)

Messieurs,

Lorsque je fus chargé, en 1841, du cours de clinique chirurgicale, je consacrai une première leçon à vous entretenir des devoirs et de l'utilité de cet enseignement.

Je vous expliquai comment je comprenais un cours de clinique, sous le triple rapport de la science, de l'étude et de l'humanité, représentées par le professeur, les élèves et les malades, et je cherchai à développer, entre nous, une heureuse solidarité de travail et de confiance.

Aujourd'hui, j'aborderai une question plus générale : celle des progrès de la chirurgie, Il est important, sans doute, de marcher dans des voies régulièrement tracées et de suivre l'exemple et les préceptes de ses maîtres ; mais il ne l'est pas moins de se former une idée nette et assurée de l'objet des études auxquelles on consacre sa vie, et de savoir à quel degré de certitude on peut arriver et quelle méthode y conduit.

---

(1) Traité pratique de percussion; par L. Maillot.

Nous n'avons pas la prétention de vous exposer une doctrine nouvelle ; nous cherchons simplement à profiter des découvertes qui éclatent de toutes parts, et nous voulons, sans sortir des vérités acquises, appeler le passé au perfectionnement de l'avenir.

L'incertitude, le découragement et le doute, reprochés à notre époque, n'ont pas tout envahi : la science a conservé le privilége d'inspirer de nobles curiosités, d'infatigables dévoûments, et elle offre en échange de profondes satisfactions et d'admirables secrets à conquérir.

La médecine est un champ immense livré à nos recherches ; et si l'âme humaine échappe à ses attributions, l'homme matériel et périssable reste accessible à des explorations infinies. Nous nous demandons quelle place il occupe parmi les corps de la nature, à quelles lois il est soumis, quelles modifications organiques représentent ses états de santé et de maladie ? Tels sont quelques-uns des problèmes agités de tout temps, et il faut oser les aborder pour fonder une doctrine et une méthode.

A nos yeux, le corps humain obéit aux mêmes lois que les autres corps de la nature, et, pour lui comme pour eux, il y a invariabilité des phénomènes dans des conditions matérielles identiques. Voilà la doctrine.

L'observation et l'expérience, appliquées avec tant de succès aux sciences physiques, sont les seuls moyens d'étudier l'homme et de le connaître. Voilà la méthode.

De pareils termes sont trop généraux pour suffire à l'intelligence d'un si vaste sujet : nous devons donc en montrer la portée et la valeur.

Nous avons assez clairement formulé la distinction tranchée qui existe entre le corps et l'esprit, pour n'avoir pas à y revenir. Pour nous, l'homme médical est le mécanisme humain, le résultat pur du jeu de l'organisation, et il ne faudra jamais perdre de vue ce point de départ, et ne pas confondre les deux natures de l'humanité, quand nous ne devons et ne pouvons en comprendre qu'une seule. L'homme, considéré dans son organisation, est exclusivement matériel, et à l'instant que nos fonctions sont rendues dépendantes des forces ou des propriétés de la matière, il est nécessaire de s'entendre sur la signification de ces deux mots : *forces* et *propriétés*.

Deux systèmes ont été en présence dès les premiers âges du monde, et malgré le travail des siècles, ils sont restés debout et ont résisté à tous les assauts.

Dans l'un, on suppose la matière inerte et passive, obéissant à des forces susceptibles de la mettre en œuvre.

Dans l'autre, on croit la matière douée de propriétés inhérentes, indissolubles, dont la manifestation suffit à tout.

Pour plus de clarté, prenons un exemple. Les partisans des forces admettent que les mouvements de composition et de décomposition de nos organes, compris sous le nom de nutrition, dépendent de forces particulières, s'emparant des molécules alimentaires et les obligeant à se combiner et à s'associer, ici de telle ou telle façon, et là de telle autre.

Selon que ces forces sont augmentées ou diminuées, la nutrition s'active, s'arrête ou languit, sans que les molécules constituantes sortent de leur absolue passivité.

Il en résulterait logiquement que la considération des organes en eux-mêmes serait de peu d'importance, et qu'il faudrait se borner à l'étude des forces, seules douées du principe de l'activité ; car, pour attaquer un effet, la prénotion de la cause est nécessaire et doit être le but de nos recherches. Qu'importe donc l'inspection de l'organe, s'il est passif ? tout au plus révélera-t-il les désordres produits par l'aberration de la force fonctionnelle ; et pour ramener cette dernière à son degré normal, c'est sur elle qu'il faudrait agir.

Les défenseurs de l'activité primordiale de la matière regardent l'intervention des forces comme une simple hypothèse et un rouage inutile, capable de paralyser nos efforts et de nous endormir dans les vains songes d'une science imaginaire ; aussi donnent-ils de la nutrition une explication différente, et ne manquent-ils pas d'opposer des objections à leurs adversaires. D'après eux, les mouvements de composition et de décomposition du corps résultent des molécules alibiles mises en contact avec d'autres molécules formant déjà la trame et la substance de nos organes.

En raison d'une foule de conditions dont l'appréciation est possible, telles que les changements déterminés par l'âge, l'état de santé ou de maladie, la nature de l'aliment, etc., la molécule nutritive jouira de propriétés particulières qui la forceront à s'adjoindre aux parties en contact, tandis que d'autres molécules seront désagrégées et seront éliminées de l'économie, à moins qu'elles ne soient rendues propres à de nouvelles réparations, par de nouveaux changements. Si les éléments nutritifs sont constitués d'une manière conforme au but qu'ils ont à remplir, la nutrition sera parfaite, en faisant, toutefois, abstraction de l'occurrence de toute cause morbide ; si, au contraire, ils sont insuffisants, soit en qualité, soit en quantité, l'individu sera plus ou moins profondément affecté.

La conséquence de ce système est d'attribuer les modifications de la nutrition, soit à l'état des organes, soit à celui de la molécule alibile, et de diriger le traitement vers l'un ou l'autre, selon la cause présumée du mal.

Quoi de plus facile que de se rendre compte des défauts de quantité ou de qualité des éléments réparateurs ? Les propriétés de la matière suffisent à l'intelligence des phénomènes observés ; et n'est-il pas inutile de recourir à l'intervention des forces qu'il n'a jamais été donné à personne d'apercevoir ni de démontrer ?

Si la matière est inerte, pourquoi la force nutritive ne rendrait-elle pas apte à la nutrition une substance quelconque ? Toute matière étant passive doit être également propre à recevoir ses propriétés des forces qui s'en emparent, et on ne comprend pas le pourquoi d'une matière nuisible, inassimilable, purgative ou narcotique.

Les faits sont malheureusement trop frappants

pour être niés ou méconnus, et, une fois sur la voie de l'intervention des forces particulières, rien n'a coûté pour en créer de nouvelles. On a donc supposé des forces émétiques, calmantes, sédatives, etc., pour répondre aux exigences de l'observation. On sait que Vanhelmont les avait représentées comme autant de petits souverains auxquels il donnait le nom d'archés, et qu'il faisait siéger, l'un sur le pylore, l'autre sur le ganglion semilunaire, et partout où il en avait besoin pour ses explications.

Comme l'esprit humain éprouve un véritable entraînement à se payer de mots, on inventait mille subtilités plus ou moins ingénieuses pour se rendre compte de l'union de la force à la matière, et il en fallait beaucoup pour annihiler à peu près complétement le rôle de cette dernière, tout en admettant la nécessité d'agir constamment sur elle et par elle.

Si une force était exagérée, on la combattait par des corps chargés d'une autre force affaiblissante; la saignée laissait sortir les esprits effervescents, et toute matière se trouvant douée d'une force particulière, et étant un réceptacle destiné à la loger et à la contenir, on se servait d'elle comme d'un intermédiaire obligé pour arriver au but que l'on se proposait.

On est assez disposé à se moquer de ces innombrables forces dont on a fait un si grand abus; et quand on s'attache à les considérer dans une fonction spéciale, et qu'on voit le ridicule et le vide de ces vagues suppositions, on se croit en droit de les condamner.

Cependant, en remontant à l'étude analytique des corps, et en examinant leurs manifestations phénoménales les plus simples, on ne tarde pas à rencontrer, de prime abord, des difficultés humainement insolubles, jusqu'à ce jour au moins, et on reconnaît qu'il existe des actions à distance sans rapports mécaniques sensibles.

Ainsi, le rapprochement et l'éloignement des particules du corps, tels qu'ils ont lieu sous l'empire de l'attraction ou de la répulsion électriques, se présentent à notre esprit sans occurrence matérielle; et en voyant les planètes décrire régulièrement leurs orbites autour du soleil, ou les graves corps compris dans l'atmosphère terrestre se précipiter vers le centre de notre globe, par suite des mêmes lois, on n'imagine aucun lien fixé à de pareilles masses et les faisant mouvoir mécaniquement. On est donc forcé, comme je le disais, de supposer des puissances autres que celles auxquelles nous attribuons des formes tangibles et saisissables, et il nous faut recourir à un genre d'action inconnu dans son essence, auquel nous donnons le nom de force.

Le système des forces est donc rationnel et inattaquable, et la seule faute a été peut-être d'en avoir abusé en multipliant un ordre de causes qu'il fallait s'efforcer, au contraire, de restreindre. Tel est le travail commencé de nos jours, où toutes les forces spéciales, si légèrement admises, sont ramenées à deux principales : l'attraction et la répulsion, ou même à une seule, l'attraction.

Dans cette hypothèse, la répulsion ne serait qu'une sorte d'attraction en sens inverse, deux corps s'écartant l'un de l'autre, toutes les fois qu'ils tendent à se réunir à d'autres corps plus éloignés; ajoutons que le pouvoir de l'homme sur tous les corps de la nature se borne aussi à les rapprocher ou à les éloigner les uns des autres. Les phénomènes subséquents peuvent être prévus par lui, mais restent complétement indépendants de son intervention.

La matière en soi est-elle donc active ou passive, principe ou condition des phénomènes dont nous étudions les lois?

Nous avons fait pressentir notre opinion à cet égard : nous regardons un pareil problème comme offrant des difficultés insurmontables dans l'état actuel de nos connaissances, et il nous paraît probable qu'on ne parviendra jamais à le résoudre d'une manière définitive. Nous l'abandonnons donc à des travaux ultérieurs, et cela avec d'autant moins de regrets que la solution en serait assez peu importante pour nos études. La raison en est aisée à déduire, et nous l'indiquerons immédiatement : Si la matière n'est pas la cause de tous les phénomènes observés, elle en est au moins la condition indispensable, et dans les deux systèmes c'est sur elle seule qu'il nous est permis d'agir.

De quelque manière que nous envisagions les forces, il faudra toujours une molécule pour leur manifestation. Tet est à nos yeux le dernier terme de la question, et si chacun voulait y réfléchir, il n'y aurait plus de dissentiment à cet égard.

Sur quoi donc essaie-t-on de l'entretenir? Nous répondrons : sur rien et sur tout, car les derniers partisans des forces multiples sont amenés à de singulières concessions.

Ils s'enveloppent dans une obscurité parfaitement incompréhensible pour qui n'a pas la foi ou n'est pas adepte; et retranchés dans cette espèce de mysticisme où l'on ne s'occupe pas de les poursuivre, ils continuent à croire en eux-mêmes et à former une petite secte de plus en plus délaissée et inaperçue.

Pour le démontrer, passons en revue quelques-uns des principes qui doivent présider à l'étude des corps de la nature et rendre notre science facilement accessible à toutes les intelligences.

Une première loi, et la plus importante, est que les manifestations phénoménales sont invariablement liées aux conditions matérielles de leur expression. S'il en était autrement, il n'y aurait plus de sciences, car celles-ci consistent dans la connaissance des rapports des choses; et si ces rapports manquaient de fixité, ils ne sauraient être étudiés ni élevés au rang de vérités reconnues.

Ainsi, l'acide cyanhydrique, d'un certain degré de concentration et de pureté, est une substance toxique de la plus grande énergie. Voilà un fait établi, et on peut être certain que les propriétés de ce corps ne varieront pas tant que sa composition sera la même. C'est la preuve de l'invariabilité des phénomènes, et nous avons déjà fait remarquer dans un autre travail, qu'en supposant cette invariabilité un instant détruite, il n'y aurait plus rien de régulier ni de permanent sur la terre, qui retomberait sur-le-champ dans le chaos.

Nous avons choisi à dessein l'exemple d'une substance toxique, parce qu'il s'adresse en même temps

aux propriétés de la nature non-vivante et à celles de l'agrégat vivant, propriétés également invariables dans les deux cas, les corps vivants ayant un aussi grand besoin de fixité et de constance, dans les conditions de leurs phénomènes, que les corps non revêtus de la vie.

Ceci paraissant incontestable pour le mécanisme des êtres, comment se fait-il que des esprits éminents contestent l'identité des lois générales pour les faits de vie ou de non-vie?

Ce sont des dissidences dont il nous est complétement impossible de nous rendre compte, et nous en dirons les raisons, parce qu'elles sont capitales et ne supportent aucune obscurité.

La matière est la condition ou la cause (peu importe cette distinction, comme nous l'avons démontré) de tous les phénomènes naturels.

Les différences physiques et chimiques des états moléculaires des corps entraînent nécessairement des variétés correspondantes dans les manifestations phénoménales. Les différences si tranchées de l'état de vie ou de non-vie se rapporteront donc à des variétés équivalentes, dans les états physiques et chimiques des molécules constituantes, que ces dernières soient, je le répète, la condition ou la cause de ces phénomènes, puisqu'en supposant la matière inerte ou active, elle n'en reste pas moins l'élément indispensable de toute manifestation.

Dès lors, les lois de la nature ne sont autres que la généralisation des faits observés; et comme ces faits se rattachent tous à un même genre de causes, il n'y a pas à supposer de lois contraires les unes aux autres, mais simplement des lois différentes, par cela seul qu'elles expriment des états et des faits différents.

Dans l'ordre d'idées où se meut aujourd'hui la science, ce sont là de véritables axiomes, et nous ne les eussions pas rappelés, s'ils ne rencontraient des contradicteurs d'autant plus difficiles à combattre qu'on ne sait où ni comment les saisir, en raison de la nébulosité de leurs principes, s'il est vrai qu'ils possèdent quelque chose de ce nom.

Ces hommes, dont quelques-uns offrent une distinction remarquable par l'étendue et la variété de leurs connaissances, soutiennent cependant deux opinions d'une valeur fort inégale : l'une, que les corps vivants sont constitués en vertu de forces appelées vitales (pour en mieux caractériser l'essence); l'autre, que ces mêmes forces sont en opposition directe avec celles, physiques ou chimiques, qui régissent tous les autres corps non vivants de la nature.

Nous adoptons, sans aucune objection, la première de ces propositions, car elle exprime et résume un des principes dont nous avons cherché à démontrer la certitude.

Tout corps existe, avons-nous dit, en tant que corps, avec ses caractères propres d'étendue et d'impénétrabilité, et il est en même temps et invariablement source ou condition de phénomènes attribués indifféremment à des propriétés ou à des forces. Ce sont la forme, la pesanteur, les cohésions et affinités moléculaires, l'attraction, et beaucoup d'autres manifestations, que nous avons dit se réduire peut-être à deux, l'attraction et la répulsion, ou à une seule, l'attraction; de même qu'il n'est pas impossible que les corps simples, aujourd'hui encore fort nombreux, ne soient ramenés théoriquement au moins à un seul, et que les phénomènes si divers de la nature ne dépendent d'une matière élémentaire unique, soumise également à une force unique.

Quoi qu'il en soit, les lois sont constituées par la généralisation des faits. Elles sont physiques, quand elles se rapportent à l'étude des corps en général; chimiques, s'il s'agit des actions moléculaires, et elles seront, d'après les mêmes règles, exclusivement vitales, si elles s'adressent particulièrement aux phénomènes des corps vivants. Nous sommes donc à cet égard parfaitement d'accord avec l'école des vitalistes. Mais si nous nous rallions à cette première proposition, qui forme un des chaînons logiques de notre système, nous nous trouvons dans le désaccord le plus complet au sujet de la deuxième, et nous ne saurions admettre aucune opposition entre les lois chimico-physiques et les lois vitales.

A priori, et d'après les axiomes précédemment énoncés, il ne devrait pas y avoir lieu à démonstration, puisque la connexité de ces lois paraît forcée.

Mais les vitalistes abandonnant les vérités fondamentales d'où nous sommes parti, se refusent à apercevoir dans les agrégats vivants les propriétés ou les forces d'une simple organisation matérielle, et comme ils ne peuvent cependant méconnaître la nécessité de l'intervention des corps dans la production des phénomènes, ils se perdent dans toutes sortes d'inconséquences et tombent dans mille difficultés que nous leur avons déjà reprochées.

Ils disent : 1° les lois vitales sont en opposition avec les lois chimico-physiques, parce qu'il n'y a entre ces deux ordres de lois ni analogie ni ressemblance.

Cette assertion n'est aucunement fondée : les lois de l'électricité ne sont pas les mêmes que celles de la lumière, et cependant elles rentrent également dans le domaine de la physique. Il en est de même pour celles des agrégats vivants, qui doivent être considérés en eux-mêmes, et ne sauraient être assimilés à des corps différents, puisque leur constitution et leurs phénomènes ne sont pas semblables.

Le principe est identique, et, en dernière analyse, nous retrouvons des molécules élémentaires animées de forces ou de propriétés; mais les phénomènes varient en raison de la forme, du volume, du mode d'association et de combinaison de ces molécules. La chaleur, le son, la lumière, la cohésion, diverses affinités, en sont la conséquence; et selon les mêmes lois, tel organe sécrétera des larmes, tel autre la bile. On insiste cependant, et constatant l'évidence, on compare le cadavre à l'état vivant, et on soutient que dans les deux cas les états matériels sont les mêmes, et que dès lors le passage de la vie à la mort reste inexplicable par les lois générales de la physique.

C'est manifestement se mettre en dehors de toute discussion que de recourir à des arguments aussi peu sérieux.

Il est des choses tellement évidentes qu'elles n'ont pas besoin d'être prouvées, et on se contente de plaindre ceux qui ont le malheur de les méconnaître. Le sang chaud, liquide et rutilant, mêlé à l'air

de la respiration d'un homme vivant, est-il donc le même que le sang noirâtre, froid et coagulé, que l'on trouve rassemblé dans les grosses veines d'un cadavre ? Mais n'insistons pas. Dès qu'il a été démontré que tout phénomène naturel avait sa cause ou sa condition dans un état particulier de la matière, et que la variété des phénomènes dépendait nécessairement et invinciblement de la variété des conditions matérielles auxquelles ils se liaient, Il n'est plus obligatoire de prouver des différences d'état des corps là où existent des différences dans les manifestations : ce sont des ordres de faits correspondants unis par des liens indissolubles et qui se supposent nécessairement. Ainsi, toutes les fois que deux molécules présenteront une composition différente, on peut être certain que leurs propriétés ne seront pas identiques; et là où des propriétés identiques n'existeront pas, on possédera la même certitude que les molécules qui en sont la cause ou la condition différeront également. Il suffit donc que les phénomènes des corps organisés ne soient pas les mêmes, à l'état de vie ou à l'état de mort, pour regarder comme vérité acquise et incontestable que ces différences reposent sur des conditions matérielles dissemblables, que l'on peut ne pas connaître, mais que l'on n'est pas en droit de nier.

Toutes les subtilités par lesquelles on s'efforcerait de prouver l'identité matérielle des corps pendant la vie ou après la mort ne seraient donc pas dignes de réfutation, et s'il était vrai qu'on n'eût pas établi dans les deux cas une distinction suffisante, fondée sur des caractères appréciables, il faudrait simplement se donner la peine de les chercher.

Si l'on prouvait qu'il n'existe pour tous les corps naturels que deux forces, l'attraction et la répulsion, ou même qu'une seule, l'attraction, il serait assez difficile d'en trouver d'autres pour les agrégats vivants, et il faudrait bien se résoudre à chercher la raison de leurs phénomènes, en apparence si complexes, dans les conditions particulières de la manifestation de ces forces.

Mais sans nous élever à de si hautes généralités, voyons jusqu'à quel point les corps vivants sont en opposition avec les lois physiques et chimiques de la nature.

Les corps vivants échappent-ils aux lois de la pesanteur? Les chutes qui déterminent chaque jour tant d'accidents répondent à cette question; et ceux qui ont suivi notre clinique savent quelle importance nous attachons à la position plus ou moins inclinée des parties malades, et quels remarquables succès nous obtenons de cette simple observation des lois de la pesanteur.

Les variations de température seraient-elles sans influence sur la vie? Les milliers d'hommes qui ont péri par le froid ou par le feu sont là pour en témoigner; et en chirurgie encore, les applications réfrigérantes ou calorifiques indiquent outre mesure quels sont à cet égard les résultats de l'observation.

Le fluide électrique exerce une action puissante sur les corps non organisés, et il détruit avec la même rapidité l'existence des individus qu'il atteint.

La lumière opère une foule de réactions dans les composés chimiques. Ne constatons-nous pas son influence sur les agrégats vivants?

Nous citons seulement ces exemples pour ceux qui errent sans guide dans le dédale des faits particuliers dont ils méconnaissent les lois, et qui, frappés d'un perpétuel étonnement par des phénomènes dont ils ne peuvent se rendre compte, finissent par abandonner tout recours à la raison, et se laissent subjuguer par les folles rêveries de leur imagination.

Nous ne trouvons donc aucune opposition entre les forces des corps et celle des agrégats vivants. Mais il est facile de signaler, comme nous l'avons dit, des différences, et nous en rappellerons quelques-unes pour avoir l'occasion de remonter à leurs causes et de montrer qu'elles ne sont nullement exceptionnelles.

2° On dit: les corps vivants ont une température propre, et jusqu'à un certain point indépendante des milieux où ils existent ; cela est vrai, mais dépend de phénomènes de combustion parfaitement expliqués par la chimie, et que M. Dumas a plus particulièrement encore précisés dans ces derniers temps. Nos calorifères ne sont pas des corps vivants, et cependant ils ont une température indépendante de celle de l'atmosphère : certains mouvements mécaniques, ceux de frottement, par exemple, développent de la chaleur, et personne ne s'est avisé de les doner pour cela de la vie.

3° La chaleur cesse, dans tous les cas, en même temps que les causes qui la produisent, et un cadavre dans lequel des fluides nourriciers et l'air atmosphérique n'alimentent plus la combustion vitale, prend rapidement la température ambiante, comme un foyer dont les matières combustibles sont épuisées. On ajoute : les liquides circulent contre les lois de la pesanteur; mais quand on soulève des masses d'eau avec des turbines, ou qu'on les fait surgir des puits artésiens, quand on lance l'eau à de grandes hauteurs avec des machines, quand on la tire du sein de la terre au moyen du vide, on voit aussi ce liquide s'élever et circuler contre son propre poids; les affinités chimiques, les différences de densité, la capillarité, produisent des effets semblables. Il en est de même pour les mouvements des liquides vivants : il y a des forces d'impulsion ou d'attraction qui rendent précisément compte des phénomènes observés, et tout le monde les comprend et les admet.

4° Serait-ce la forme des corps vivants qui démontrerait l'opposition des forces vitales et physiques? Nous observons tous les jours tel sel cristalliser en cube, tel autre en prisme, en octaèdre, en aiguille, etc. Pourquoi les corps organisés n'auraient-ils pas aussi leurs formes spéciales? Pour qu'il y eût là le sujet d'une opposition réelle, il faudrait que les mêmes substances, restant identiques dans leur composition et leur arrangement moléculaire, présentassent des formes différentes, selon qu'elles seraient ou non vivantes, et ce n'est pas. La fibrine, l'albumine, la graisse, et les autres éléments des corps organisés ne cristallisent pas comme les minéraux, mais ils affectent une tendance propre à des formes particulières, comme tous les autres corps, l'état chimique et physique étant la

seule cause des innombrables variétés morphiques observées.

5° Le volume des êtres organisés est limité et circonscrit; celui des corps inorganisés ne l'est pas. Cette objection n'a pas plus de valeur que les précédentes : d'abord le volume des plantes et des animaux varie beaucoup selon les conditions où on les place. Les fougères des temps antédiluviens étaient immenses, comparées à celles de nos jours. On fait à volonté des arbres microscopiques ou gigantesques. En diminuant ou augmentant la quantité des aliments, on donne à des individus de la même espèce des proportions complétement dissemblables.

Il y a sans doute des limites que l'on ne saurait dépasser; mais croit-on qu'elles n'existent pas pour les corps inorganiques? Supposez que vous vouliez élever indéfiniment une colonne ou un monument, il viendra un moment où votre édifice s'écroulera en raison des simples lois de la pesanteur. Qu'importerait d'ailleurs qu'il en fût autrement : dès l'instant que la nature des corps n'est pas la même, chacun d'eux doit offrir des caractères spéciaux; et il n'y a autre chose à faire qu'à le constater, sans vouloir y découvrir des oppositions imaginaires.

6° Nous en dirons autant de l'homogénéité de certaines masses métalliques.

Dans quelque point qu'on les examine, on rencontre constamment une composition identique. Qui le nie? Mais faites cristalliser ensemble plusieurs substances, ou laissez-les se réunir en bloc par l'action du temps, vous trouverez alors dans la même masse une foule de corps différents, ayant ici telle forme, et là telle autre; de même pour les êtres organisés.

Il suffit de présenter une parcelle organique à un homme compétent, pour qu'il en reconnaisse immédiatement la nature; et si les os et les muscles ne se ressemblent pas, si un nerf ou une aponévrose ont chacun leur structure propre, c'est que leurs états chimiques et physiques n'offrent pas d'identité.

Je craindrais réellement d'insister sur ces démonstrations, tant elles paraissent évidentes. Cependant encore un mot sur trois principales fonctions : la génération, la nutrition et le mouvement.

7° L'agrégat vivant, dit-on, jouit de mouvements; les corps non vivants n'en présentent pas.

Cette proposition, considérée d'une manière absolue, n'est pas exacte : tous les corps de la nature sont dans un mouvement perpétuel dont la vitesse dépasse notre intelligence. Mais, outre ces mouvements de totalité qui emportent notre globe dans l'espace, les substances inorganiques ont des mouvements partiels extrêmement énergiques dès qu'ils échappent à l'etat d'équilibre fixe.

Il suffit d'avoir été témoin d'une cristallisation au microscope solaire pour en acquérir la preuve. Considérez avec quelle facilité on obtient chimiquement la composition et la décomposition des corps. Le nitre se dépose sur nos murailles, l'acide carbonique, l'hydrogène sulfuré et cent autres gaz, s'échappent du sein des eaux et de la terre, les volcans lancent leurs flammes, le fer s'oxyde, le verre se dépolit; partout et toujours s'opère un mouvement immense, universel. Et c'est en face d'un si grand spectacle que l'on ose taxer les corps inorganiques d'immobilité ?

Sans doute les mouvements de ces agrégats vivants sont encore plus complexes; mais cela dépend de la nature de leurs matériaux : ceux-ci, formés de substances dont les affinités sont vives et nombreuses, et les combinaisons peu stables, paraissent jusqu'à un certain point échapper aux mouvements déterminés et prévus des autres corps; mais ce fait révèle seulement notre ignorance des affinités qui les produisent. Nous ne suivons pas directement le mécanisme des sécrétions, et nous ne pouvons encore dire par quel procédé les reins et le pancréas séparent du sang l'urine et le fluide pancréatique; mais ce sont là des recherches à faire, et elles seront certainement couronnées d'un plein succès.

Quant aux mouvements appelés spontanés, la même remarque y est applicable : si on n'en découvre immédiatement la cause, c'est qu'ils sont la conséquence d'attractions, de répulsions ou d'impulsions imparfaitement étudiées, mais dont les limites fort restreintes permettront d'en assigner les lois.

Les mouvements n'étant qu'un effet secondaire, ne sauraient, dans aucun cas, être spontanés, et ils sont simplement la révélation d'une propriété ou d'une force.

Dès l'instant qu'ils rentrent dans l'ordre des résultats d'une modification matérielle, ils ne sont plus libres, à moins qu'on n'entende par le mot de spontané un phénomène dont la cause nous est inconnue : dans ce cas, nous dirons que tous les mouvements des corps sont également spontanés, car nous n'en connaissons nullement la raison première; et le mot d'attraction, en nous signalant une loi générale et universelle, ne nous en révèle aucunement le mécanisme ou l'essence.

8° Les fonctions de la nutrition ont aussi été prises par les vitalistes comme un exemple de l'opposition des forces physiques et vitales. Les minéraux s'accroissent, remarquent-ils, par juxta-position, les agrégats vivants par intussusception. Nous devrions répondre, comme nous l'avons déjà fait précédemment, qu'il n'y a pas ici opposition entre les faits, mais seulement différence, et il nous sera facile de prouver que ces différences mêmes sont plutôt apparentes que réelles.

Que signifient ces termes de juxta-position et d'intussusception? — Que dans un cas les molécules nutritives (ou d'accroissement) se superposent les unes aux autres, tandis que, dans l'autre cas, elles pénètrent dans la masse même du corps.

Rappelons donc qu'une des propriétés de la matière est l'impénétrabilité. Quand une molécule se joint à une autre, elle ne peut le faire que par juxtaposition, que le corps soit vivant ou non, et la distinction sur laquelle on insiste est erronée si on la considère d'une manière absolue.

Le minéral s'accroît de dehors en dedans, et l'être vivant de dedans en dehors. Mais c'est là un caractère sans valeur, puisqu'il repose sur l'ordre dans lequel se superposent les molécules par rapport à un centre arbitraire.

Ce sera inévitablement du côté où arriveront les

matériaux d'accroissement, et là où ils se trouveront en rapport avec le corps préexistant, qu'ils pourront s'y adjoindre et en augmenter la masse. Si vous mettez un cristal dans une solution saturée de même sel, vous le verrez s'accroître par couches extérieures relativement à son centre. Mais commencez par faire déposer une couche cristalline sur les parois d'un matras, maintenez la tubulure libre, et renouvelez la dissolution, vous verrez les dépôts successifs se faire par couches intérieures et ne se réunir à leur point de rapprochement central qu'au moment où le vase sera complétement rempli. Comment voudriez-vous qu'un animal percé d'un conduit médian par lequel arrivent les aliments, se développât par couches extérieures, et là où les éléments nutritifs ne sont pas mis en contact?

Objectera-t-on que les fluides nourriciers circulent dans tous les points de l'économie? Cela doit être pour qu'ils puissent se mettre en rapport avec toutes les molécules préexistantes, qui, ne jouissant pas d'un état fixe, sont à chaque moment renouvelées ou réengagées dans de nouvelles combinaisons. Ce sont ces mouvements qui constituent la vie, et, qu'ils soient le résultat des forces ou des propriétés de la matière, que celle-ci en soit la cause ou la condition, il n'y a rien là de contradictoire aux lois générales de la nature.

Tout semble d'ailleurs prouver qu'il existe des espaces libres entre les molécules constituantes des corps, et on a même avancé que ces espaces, relativement au volume des molécules, étaient proportionnels à ceux des astres.

Nous n'avons pas à examiner le degré de probabilité de ces suppositions; mais nous rappellerons que les métaux les plus durs et les plus denses laissent très aisément pénétrer dans tous les points de leurs masses les corps avec lesquels ils ont de l'affinité. Ainsi, dans le procédé de la cémentation, le carbone circule jusqu'au centre des barres de fer qu'il entoure, en modifie les caractères et la composition.

8° Terminons cette série de considérations par l'examen des actes de la reproduction. Ici s'accumulent et semblent triompher les dernières illusions des vitalistes. Vous faites, s'écrient-ils, dans un laboratoire, des sels, des cristaux, des combinaisons de mille sortes, mais vous ne ferez jamais un être vivant. Tout ce qu'il est donné à l'humanité de tenter, c'est de connaître les conditions sous l'influence desquelles s'opèrent les innombrables combinaisons de la nature et d'essayer de les reproduire; les hommes, nous l'avons déjà dit, n'ont d'autre pouvoir que celui de rapprocher ou d'éloigner les uns des autres les corps naturels, et tout le reste dépend de Dieu. Quand nous formons un oxyde de fer en plongeant la lame de ce métal dans de l'oxygène, nous mettons ces deux corps en rapport, mais leur combinaison est complétement indépendante de nos volontés et de notre puissance : elle a eu lieu nécessairement et invariablement sous l'empire de conditions parfaitement connues que notre seul rôle s'est borné à rassembler.

Ces conditions sont telles, que dans beaucoup de cas il a été jusqu'ici impossible de les découvrir. Ainsi, tous les chimistes conviennent que le diamant est du carbone pur, et cependant personne n'a encore trouvé les conditions dans lesquelles on parvient à l'obtenir.

Parmi les corps réputés simples, plusieurs ne sont aux yeux des plus éminents chimistes que des composés dont le radical n'a pu être extrait. On les emploie néanmoins dans les compositions à opérer, et on n'en étudie pas moins les propriétés.

Il en est de même pour les agrégats vivants : on n'en forme pas de toutes pièces les molécules élémentaires; mais ces molécules, une fois produites, peuvent être directement combinées de manière à donner naissance à des êtres animés. Ainsi, en mettant dans un vase des œufs de batraciens, et y répandant quelques gouttes de la laitance du mâle, on les féconde à volonté, et on les voit successivement se développer et éclore. Par le rapprochement des sexes, on produit des individus nouveaux, et on peut à volonté, même pour l'homme, déterminer la race, le genre et l'espèce, selon les matériaux combinés. Si l'on voulait se donner la peine d'étudier suffisamment toutes les ressources que révéleraient à cet égard des combinaisons bien observées, il ne serait peut-être pas beaucoup plus difficile de produire des musiciens, des peintres, des mathématiciens, des théoriciens, ou des hommes d'action, que de faire naître un noir ou un blanc, un individu brun ou blond. On obtient, comme on le veut, des chiens de garde, de berger, d'arrêt, des chiens courants ou de combat, des chevaux de course ou de trait, et toutes les variétés des animaux; il a suffi pour cela d'étudier les conditions de leur formation.

Je sais que de pareilles idées sont traitées avec le plus grand dédain par la plupart des hommes, qui s'imaginent, dans leur orgueil, être d'un tout autre limon que le reste de l'univers; mais s'ils s'en distinguent en effet par les attributs divins, il faut qu'ils se résignent à reconnaître que leur organisation matérielle est soumise à l'empire des lois générales, résultat qui devrait moins les humilier en s'appliquant ces paroles de l'Evangile : « Tu n'es que poussière et tu retourneras en poussière. » Les questions que nous venons d'agiter pourraient être développées davantage; mais, en les restreignant à leurs points fondamentaux, elles se simplifient remarquablement, et nous les résumerons ainsi :

1° De quelque manière que l'on envisage le rôle de la matière, on ne tarde pas à reconnaître qu'elle est cause ou condition de tous les phénomènes naturels.

2° Si on la considère comme cause, en la supposant dotée par le créateur des propriétés qu'elle manifeste, on est nécessairement conduit à admettre que les différences offertes par ces propriétés dépendent des différences moléculaires correspondantes, puisque les phénomènes présentent la matière en action.

3° Si, au contraire, on refuse à la matière toute activité, et qu'on fasse intervenir des forces pour la mettre en jeu, on est encore amené à cette conséquence, que ces forces n'ont en elles-mêmes aucun moyen de manifestation, et qu'elles ne deviennent apparentes que par leur enchaînement aux corps qui leur servent d'instruments. Dans cette hypothèse, aussi soutenable que la première, il faut

supposer que des états particuliers de la matière sont invinciblement liés à telle ou telle manifestation des forces, et le problème de la connaissance reste au même point que dans le système opposé; car, dans les deux cas, c'est sur les corps seuls que l'on peut agir, et la variété des phénomènes indique invariablement une pareille variété dans leurs états.

4° En comparant les phénomènes des deux grandes classes des corps vivants et non vivants, nous avons incidemment recherché les preuves sur lesquelles on avait établi l'antagonisme des forces physiques et des forces vitales, et il nous a été, je crois, facile de prouver que, dans aucun cas, il ne pouvait y avoir d'antagonisme ni d'opposition entre les phénomènes naturels, et que tout se réduisait à des différences ayant leur source dans l'état même des corps : proposition à laquelle nous étions précédemment arrivé, et dont nous n'avons eu qu'à confirmer la démonstration.

Telles sont les idées qui doivent former le point de départ et la base de toute recherche.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

28. *De quelques applications utiles de médecine iatraleptique ;* par D.-S. Sandras.

(Bull. général de Thérapeutique, septembre 1844.)

Parmi les découvertes qui assurent à la médecine moderne une supériorité incontestable sur celle des siècles qui nous ont précédés même le plus immédiatement, je ne crois pas qu'aucun médecin se refuse à compter celle des bases actives de nos meilleurs médicaments. Il ne serait certainement pas raisonnable de soutenir que les sels de quinine, de morphine, et à plus forte raison des autres alcalis végétaux, remplacent toujours et partout toutes les autres préparations de quinquina, d'opium, etc. Tous les médecins sages se plaisent au contraire à conserver et à utiliser ce qui subsiste de bien et d'efficace dans l'héritage que le passé nous a transmis; mais nous n'en devons pas moins accepter avec un vif empressement les conquêtes modernes; et en matière médicale, la simplification des agents héroïques, l'augmentation de puissance que nous en avons obtenue, la facilité plus grande d'employer et de gouverner nos auxiliaires les plus sûrs, me paraissent un des plus grands pas qui aient été faits dans la bonne voie. L'activité des moyens thérapeutiques s'est trouvée ainsi isolée et multipliée. On a pu d'une manière certaine et nette obtenir les mêmes résultats avec des doses comparativement minimes, et penser avec confiance à des modes d'administration dont les préparations des temps passés n'autorisaient presque pas l'essai.

A quelques exceptions près, les vrais médicaments, mêlés avec des masses inertes plus ou moins volumineuses, devaient d'abord passer par les voies digestives pour agir ; les fomentations, les frictions, les bains médicamenteux offraient, seulement pour des cas exceptionnels, des ressources même trop souvent contestables. Les bases actives dégagées, en même temps qu'elles ont simplifié la digestion des médicaments avalés, ont rendu plus sûres et plus raisonnables les autres manières d'ingérer la puissance médicatrice. C'est ainsi qu'on a été conduit à reconnaître toute la valeur de la méthode dite *endermique*. Il n'y a plus à présent de médecin qui n'ait eu sous les yeux des preuves multipliées des bons résultats qu'on obtient chaque jour en mettant des agents thérapeutiques actifs en contact immédiat avec le derme dénudé. C'est aussi à l'aide des agents actifs que nous possédons que j'ai cru, dans un certain nombre de circonstances, pouvoir aller plus loin. Il m'a paru que des alcalis végétaux agissaient d'une manière marquée sur la peau même encore couverte de son épiderme. Des essais de ce genre que j'ai tentés avec la *morphine*, la *strychnine* et la *quinine*, m'ont fourni des résultats dignes d'appeler l'attention des médecins. Je les publie sans autre prétention que de vulgariser des choses qui m'ont paru bonnes.

Voici ce que j'ai vu :

Pour la morphine, je me suis servi presque toujours d'une pommade composée de

Chlorhydrate de morphine. .	0,50
Axonge.	30 grammes,

exactement mêlés.

On en étend sur le lieu d'élection une masse plus ou moins considérable, suivant l'étendue de la partie endolorie et l'intensité de la douleur, depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une grosse noisette, et on répète ces frictions ou plutôt ces onctions autant que l'exige la persistance du mal.

D'après ce que j'ai observé, je recommande ce moyen pour un assez grand nombre de cas; ainsi :

Dans presque toutes les névralgies, il m'a semblé ou seconder puissamment ou remplacer tout à fait la morphine par la méthode endermique. L'usage de cette pommade m'a donné de beaux succès, en l'appliquant soit sur les parties de la face endolorie dans des névralgies de la cinquième paire, soit le long du trajet du nerf sciatique, dans des névralgies du nerf de ce nom, soit sur la région précordiale dans des névralgies du cœur, ou sur le trajet des nerfs intercostaux, quand ces nerfs se trouvent le siége du mal, ou enfin sur les régions pédieuse, inguinale et épigastrique, quand c'était en ces points qu'il fallait appliquer le remède.

Le plus souvent, les onctions ainsi faites ont suffi pour modérer momentanément les accès de la douleur; quelquefois elles ont réussi même à la calmer entièrement et sans retour; presque toujours, enfin, elles ont achevé et complété une guérison que d'autres moyens plus actifs avaient déjà fort avancée.

Un cas surtout m'a paru puissamment modifié par les onctions dont je parle : c'est la gastralgie. Soit qu'on ait affaire à une gastralgie simple, soit qu'il s'agisse de ces douleurs excessives de nature gastralgique, qui accompagnent souvent le squirrhe ou le cancer de l'estomac, les onctions à la morphine seules, ou accompagnées, suivant le cas, de l'usage de magnésie calcinée et d'une potion contenant depuis 0,05 jusqu'à 0,10 de chlorhydrate de morphine, ont presque toujours développé sous mes yeux une efficacité précieuse. La digestion, jusque là impossible et presque toujours horriblement douloureuse, se rétablit le plus souvent et s'opère presque sans

douleur, à la vive satisfaction des malades. On retrouve, sous l'influence de ce moyen, le sommeil depuis longtemps perdu, et les désordres de l'apparence la plus formidable font place à une quasi-santé comparativement très-tolérable.

Presque toujours, dans les cas les plus simples, chez les femmes nerveuses, chez les sujets habituellement névropathiques, les onctions de sel de morphine ont suffi pour ramener le calme. Je n'oublierai jamais particulièrement l'histoire d'une dame condamnée pendant des semaines à ne digérer que sous l'empire d'une friction de cette nature faite chaque jour à l'épigastre au moment du repas. Ce moyen, combiné, suivant les indications, avec des préparations de fer, des bains froids jusqu'à 18°, 15° et même 12° au-dessous de zéro, des précautions infinies dans le choix des aliments, a fini par amener une guérison qui paraît solide depuis plusieurs mois.

De tout ce que j'ai tenté dans ce sens, est résultée pour moi la conviction que les onctions avec la pommade de morphine peuvent, dans un grand nombre de cas, remplacer la morphine administrée par la méthode endermique; qu'elles ont certainement une activité moindre et par conséquent insuffisante dans quelques occasions; mais aussi qu'elles sont préférables toutes les fois qu'on cherche à introduire dans l'économie une très-petite quantité de cet énergique médicament, sans risquer des douleurs, des excoriations toujours fâcheuses, et des troubles des centres nerveux, qu'on affecte ainsi beaucoup moins. Je regarde en outre ce procédé comme une continuation utile de la médication narcotique, quand les moyens les plus actifs employés ont ramené du calme, et qu'on ne cherche plus qu'à continuer une impression dont la suspension pourrait donner lieu à quelque retour des maladies capricieuses auxquelles on oppose par excellence ce puissant sédatif.

Quant à la strychnine, je ne l'emploie guère que dans ces paralysies du sentiment ou du mouvement que l'on regarde jusqu'à présent comme exemptes d'altération matérielle. Dans tous les autres cas, la lésion locale du système nerveux me paraît devoir dominer toute la thérapeutique, comme elle domine toute la pathogénie. Alors je comprends et j'approuve toute médication destinée à modifier en bien dans sa nature ou dans sa marche l'altération matérielle *undè mali labes*, et l'usage quelconque de la strychnine me semble plus dangereux qu'utile.

Mais dans les paralysies spéciales *sans matière*, dont je parle ici, les indications ne sont plus les mêmes. C'est le point affecté qui, jusqu'à nouvel ordre, me semble appeler l'attention et les efforts du médecin; et je dois dire que cette manière de voir m'a déjà procuré d'assez beaux résultats pour que je ne craigne pas d'invoquer sur le même sujet l'expérience raisonnée des praticiens de notre temps.

C'est particulièrement contre les paralysies saturnines que ce traitement m'a réussi. Pour cela, je fais faire une pommade composée de

Strychnine.	0,10
Axonge.	30 grammes.

Et le malade en frotte matin et soir les parties affectées.

On sait combien ces paralysies sont fréquentes; les ouvriers qui travaillent à la céruse, au minium, les peintres, les potiers de terre, ont le triste privilége de fournir dans tous nos hôpitaux de nombreuses occasions de mettre en pratique les traitements de toutes sortes qui ont été conseillés. On sait aussi combien ces maladies sont rebelles, et avec quelle facilité elles récidivent quand les malheureux qu'elles avaient frappés recommencent à se livrer aux travaux qui avaient déjà causé leur mal.

Eh bien! c'est surtout contre ces paralysies malheureusement si fréquentes et si rebelles que le traitement dont je parle m'a paru utile.

J'ai d'abord voulu faire prendre la strychnine à l'intérieur; mais, d'une part, l'énergie de ce moyen m'a bientôt forcé d'en suspendre l'administration et surtout l'administration progressive; d'autre part, l'amélioration a été presque nulle, même dans le cas où j'ai pu continuer le traitement en ménageant avec soin les doses.

J'ai voulu alors recourir à la méthode endermique; mais la strychnine n'a pas tardé à exciter une vive inflammation autour du vésicatoire sur lequel on l'appliquait, et rien ne m'a paru plus difficile que d'entretenir ainsi pendant le temps convenable une surface dénudée qui n'eût point d'inconvénient et restât capable d'absorber le médicament. Presque toujours, au bout d'une semaine ou deux tout au plus, force m'a été de fermer la plaie et de chercher ailleurs le moyen d'action que je ne pouvais pas conserver.

C'est alors que le moyen dont je traite ici est venu à mon aide. Expérience faite, je le regarde comme bon. Aujourd'hui, j'ai toujours dans mon service de l'Hôtel-Dieu (annexe) plusieurs de ces malades en traitement, c'est-à-dire en voie de guérison, et presque tous les jours je constate un peu d'amélioration dans leur état, soit parce qu'ils sentent d'une manière plus normale les objets qu'ils palpent ou le sol sur lequel ils appliquent la plante de leurs pieds, soit parce qu'ils se soutiennent mieux sur leurs jambes, ou qu'ils relèvent mieux leurs mains tombées, soit enfin parce qu'ils serrent avec plus de force les corps qu'on leur donne à tenir.

Je dois dire seulement, pour être complétement vrai, que l'amélioration dans leur état est excessivement lente; la plupart ne guérissent qu'au bout de plusieurs mois; beaucoup, ennuyés, quittent l'hôpital avant leur guérison complète, et reprennent leur travail aussitôt qu'ils se sentent un peu de force; un certain nombre me sont déjà revenus beaucoup plus malades qu'ils n'étaient sortis, soit parce qu'ils ont repris le même genre de travail, soit parce qu'ils n'étaient pas assez avancés dans leur guérison quand ils ont voulu s'en aller; mais je dois dire aussi qu'un certain nombre, sortis guéris et mieux inspirés, ont conservé l'usage qu'ils avaient repris de leurs poignets et de leurs doigts. Je ne peux pas, dans tous ces faits, ne pas attribuer aux moyens thérapeutiques l'amélioration que je ne manque pas d'obtenir chez le plus grand nombre de ceux que je soumets exclusivement à ce traitement, et la guérison de quelques-uns qui ont eu assez de patience pour aller jusqu'au bout.

Enfin, un troisième médicament me présente en-

core assez souvent l'occasion de constater des guérisons obtenues sous la même forme : c'est la quinine.

Je me sers d'une pommade composée
de sulfate acide de quinine. . . . 1,50
Axonge. . . . . 30 gramm.

Et on en emploie le plus possible pour chacune des frictions qu'on fait dans les intervalles des accès.

Les cas dans lesquels ce traitement m'a paru efficace sont les suivants :

Certains estomacs ne peuvent pas supporter le sulfate de quinine, qu'il y en ait eu ou non abus ou usage long et très-actif, et il arrive quelquefois en même temps qu'une irritation bien caractérisée du gros intestin empêche ou dérange l'action des lavements médicamenteux, ou bien que le trouble de la tête se montre redoutable sous l'influence des doses les plus sages de ce moyen héroïque. Dans ces circonstances, il m'est souvent arrivé d'avoir à me louer beaucoup des frictions répétées avec la pommade formulée plus haut ; j'avais ainsi évité les inconvénients, faciles à prévoir, des conditions organiques dont je viens de parler ; et l'action du médicament, quoique moins prompte et moins sûre que si j'avais pu recourir aux procédés ordinaires, ramenait néanmoins encore par degrés les fonctions à leur exercice normal ; j'ai vu nombre de fois les accès ou redoublements diminuer peu à peu et finir par s'éteindre entièrement.

Cette médication m'a surtout paru produire d'excellents effets chez les enfants à la mamelle pris de fièvres d'accès, et en même temps d'engorgements de la rate. Le sulfate de quinine, administré avec constance en frictions sur la région splénique, a fini le plus souvent par faire disparaître et l'engorgement de la rate, et la couleur isabelle de la peau, et la bouffissure de la face, et surtout les accès fébriles réguliers. Plusieurs fois j'ai heureusement employé, en même temps que ce moyen, des lavements amidonnés et légèrement laudanisés, chargés de quelques décigrammes de sulfate acide de quinine ; mais je suis sûr aussi d'avoir réussi sans qu'on ait eu recours à ce dernier moyen.

Enfin, un troisième ordre de faits m'a semblé favorable à la médication dont je parle ici. On rencontre parfois, et surtout dans le monde, des sujets originairement débiles ou affaiblis par une longue maladie ; des femmes nerveuses et sans force, qui souffrent physiquement et moralement sans que néanmoins on puisse saisir et constater la présence d'une altération matérielle de quelque organe, qui s'affaissent sous les yeux du médecin si on ne les soutient pas, et néanmoins ne peuvent s'approprier utilement par les fonctions digestives aucun des excitants, des analeptiques hygiéniques ou médicamenteux dont on voudrait pouvoir leur conseiller l'usage. J'ai constaté souvent alors que des frictions de pommade au sulfate de quinine, répétées aux aines, à l'épigastre, aux jarrets, aux aisselles, le long du rachis, remplissent d'une manière merveilleuse la grande et seule indication qu'on puisse saisir : soutenir et donner des forces ; tandis que toute autre voie d'assimilation est fermée ou même dangereuse.

J'aurais pu étendre beaucoup cette note, si j'avais voulu examiner toute la série des agents médicamenteux qu'il est possible d'introduire par absorption ; mais je me suis borné à appeler ici l'attention sur l'usage qu'on peut faire en frictions de trois de nos médicaments les plus sûrs et les plus utiles.

---

29. *De l'abus des vésicatoires et des sinapismes dans les maladies aiguës ;* par M. Valleix, médecin des hôpitaux, etc.

(Bulletin général de Thérapeutique, septembre 1844.)

Dans les recherches thérapeutiques, on s'occupe bien plus, en général, de découvrir quelques médicaments nouveaux dont on se hâte d'apprécier l'action et l'efficacité, que de demander à l'expérience de nouveaux renseignements sur la valeur des principales médications depuis longtemps mises en usage. C'est un grand tort, selon nous ; car, qu'en résulte-t-il? C'est qu'on encombre la thérapeutique de remèdes dont l'utilité est peu connue et auxquels on ne peut accorder qu'une confiance extrêmement limitée, sans acquérir de nouvelles lumières sur les sujets déjà traités par nos prédécesseurs. Le désir de découvrir des remèdes spécifiques, qui nous pousse incessamment dans cette voie, a sans doute quelque chose de louable ; mais n'est-il pas à regretter aussi que la science reste toujours incertaine et insuffisante sur un si grand nombre de points, faute de continuer et de contrôler les expériences de nos devanciers?

Il est surtout un certain nombre de médications qui auraient besoin d'être soumises à des investigations longues et sévères, car elles sont très-fréquemment mises en usage, sans qu'on ait d'autre motif pour les employer que de vagues idées théoriques ; et cependant ces idées se sont tellement répandues parmi les médecins, que, quel que soit l'effet des médicaments qu'ils emploient, et quand même il en résulterait constamment des accidents plus ou moins graves, on les voit persister avec opiniâtreté dans leur manière d'agir. Ces réflexions nous sont suggérées par l'abus que nous voyons faire journellement des excitants appliqués sur la peau, aux diverses périodes des maladies aiguës. Aussi croyons-nous utile d'entrer dans quelques détails à ce sujet.

Dans ces dernières années, on ne s'est guère occupé d'une manière générale de l'emploi des vésicatoires dans les diverses maladies, et en particulier dans les maladies aiguës ; mais en revanche, depuis le commencement du XVIIe siècle jusqu'à la fin du XVIIIe, il a paru un grand nombre de dissertations sur ce sujet ; et parmi ces dissertations, il faut citer principalement celles de J. Hoffmann (*Dissert. de Vesic. prestant. in med. usu*, an 1727) ; de Vogel (*Dissert. de tuto et exim. Vesic. usu in marb. acutis*), et le recueil de Barbett (*Raccolta di scritt. medic. aparten. alla controv. de' Vesicatori ;* Venezia, 1749). On voit dans ce dernier recueil que les opinions étaient bien loin d'être unanimes sur les effets et sur l'utilité des vésicants dans les diverses circonstances où on les a appliqués ; mais ce qui ressort particulièrement de tous les travaux que nous venons d'indiquer, c'est que les vésicatoires étaient appliqués dans presque toutes les cir-

constances, et que les médecins avaient tous plus ou moins confiance dans leur action. De là cette pratique si répandue de l'application des épispastiques dans un nombre infini de cas aussi variables par la nature de la maladie que par son siége, sa marche et sa gravité. Cependant des auteurs se sont élevés parfois contre l'abus de cette médication; c'est ainsi que M. Reveillé-Parise (*Gaz. de Santé*, mars 1830) a attaqué l'abus qu'on fait des vésicatoires chez les enfants, et que M. Louis (*Mém. sur les effets de la Saignée*, page 54 et suiv. Paris, 1835), bien loin de reconnaître aux vésicatoires une influence salutaire dans la pneumonie, a été plutôt porté à leur attribuer une action défavorable.

Tel est donc l'état actuel de la science. On parle sans cesse de révulsion, de transport d'une inflammation profonde à la surface du corps, et dès qu'on veut examiner attentivement les faits sur un point quelconque, on s'aperçoit qu'il y a au moins une grande exagération dans les éloges qu'on donne aux effets des topiques irritants cutanés. C'est déjà un grand motif de se tenir sur ses gardes et de ne procéder dans l'application de ces topiques qu'avec une grande prudence et en surveillant attentivement leur action. Voyons maintenant si, dans quelques-unes des maladies où on les met le plus fréquemment en usage, on a des motifs bien réels de persister dans cette conduite.

Si nous examinons d'abord, sous ce point de vue, les *maladies de poitrine*, nous trouvons tout naturellement le travail de M. Louis, que je viens de citer, travail dans lequel cet auteur s'exprime ainsi qu'il suit : « Le traitement des malades de la Charité différait encore de celui des malades de la Pitié en ce que des vésicatoires furent appliqués aux premiers et non aux seconds. Cette nouvelle différence a-t-elle eu sa part dans l'inégale mortalité des deux groupes de sujets? Peut-on croire que les vésicatoires appliqués aux malades de la Charité aient eu une influence heureuse sur la marche de leur affection, et qu'ajoutés au tartre stibié, qui fut pris par les sujets de la Pitié, ceux-ci auraient encore guéri plus promptement et en plus grand nombre? Voyons les faits.

« Les vésicatoires, appliqués à l'hôpital de la Charité, ne le furent pas dans tous les cas où la maladie eut une terminaison heureuse, mais seulement dans ceux où sa marche, peu influencée par la saignée, laissait des craintes sur son issue. Cette application eut lieu dans la moitié des cas : vingt-cinq sujets furent saignés pour la première fois dans les quatre premiers jours de le maladie ou au delà, et chez eux la durée moyenne de l'affection fut de vingt-deux jours et deux heures; tandis qu'elle fut de quinze jours et huit heures seulement chez les autres. Différence énorme qui semblerait indiquer que les circonstances défavorables dans lesquelles les vésicatoires ont été appliqués n'ont pas été sensiblement influencées par leur action; qu'ainsi les vésicatoires ont été sans utilité.

« Il n'en a pas été de même, comme nous l'avons vu, pour les sujets de la Pitié, qui prirent du tartre stibié et dont l'affection ne dura que trois jours de plus que chez ceux qui n'en prirent pas, malgré les circonstances si défavorables dans lesquelles ils se trouvaient. Car, outre la gravité de l'affection, qui était à peu près la même chez les sujets auxquels on appliqua des vésicatoires et chez ceux qui prirent du tartre stibié, les premiers avaient, terme moyen, trente-cinq ans et demi, et les seconds quarante-cinq ans moins une fraction; et il serait difficile d'attribuer ces différences de durée au hasard, ou de les croire accidentelles, vu que la longueur de la maladie et l'âge des sujets étaient à peu près les mêmes, à la Charité et à la Pitié, chez ceux auxquels on ne prescrivit que des saignées; de manière que l'âge des premiers était trente-cinq ans, celui des seconds trente et un; la durée moyenne de l'affection, quinze jours un tiers chez les uns, quatorze jours et un huitième chez les autres. »

Ne doit-on pas ici, avec l'auteur, conclure que s'il y avait, après de tels faits, un parti à prendre, ce serait assurément d'abandonner complétement l'emploi des vésicatoires dans le traitement de la pneumonie aiguë? Mais, ne voulant pas porter un jugement absolu, M. Louis se borne à dire que, pour qu'on pût mettre en usage cette médication avec un peu plus de confiance, il faudrait étudier avec grand soin les faits, et dans une masse considérable d'observations trouver la preuve de l'efficacité de ce moyen et le degré de cette efficacité.

Sans avoir suivi ces conseils, certains médecins ont été néanmoins beaucoup plus loin qu'on n'avait été avant eux, et ont prétendu, non-seulement qu'on pouvait apporter de l'amendement dans les symptômes de la pneumonie à l'aide des vésicatoires, mais encore *faire avorter* cette maladie. Suivant eux, il faut, pour parvenir à ce résultat, appliquer le vésicatoire à une époque rapprochée du début et lui donner une grande étendue. Ainsi, l'on couvre la plus grande partie des parois de la poitrine de vésicatoires qui n'ont pas moins de vingt-cinq centimètres de diamètre. Certes, on conviendra que si la preuve tirée des observations est nécessaire, c'est surtout dans les cas où l'on emploie ces vésicatoires monstrueux. Il résulte en effet, de leur application, une surexcitation extrême, qui augmente au plus haut degré le mouvement fébrile et qui, selon toutes les apparences, ne peut avoir que les plus mauvais effets. Quant aux prétendus succès qu'on dit avoir obtenus par ces moyens, et surtout quant à l'avortement de la pneumonie sous leur influence, est-il rien de moins prouvé?

Ce qui a dû souvent induire en erreur les médecins qui ont préconisé cette médication, c'est que parfois la bronchite, au début, se présente avec plusieurs des caractères de la pneumonie. J'ai vu plusieurs cas à la Salpêtrière, et tout récemment j'en ai observé un en ville, qui pouvaient très-facilement donner lieu à cette erreur. Dans ces cas, la bronchite s'était développée avec un mouvement fébrile assez intense, il y avait une grande oppression, la toux était fréquente et douloureuse, et il existait en même temps des douleurs très-vives dans quelques-uns des nerfs intercostaux, douleurs qui simulaient parfaitement le *point de côté* de la pneumonie. Si donc, comme plusieurs médecins, on ne reconnaissait pas la grande valeur du siége du râle dans les inflammations de la poitrine; si, comme eux, on pensait que le râle peut occuper dès le début

les deux côtés dans la pneumonie, on devrait presque nécessairement admettre, dans des cas semblables, l'existence d'une pneumonie double qu'il serait facile de faire avorter. Et ceci n'est point une vaine supposition; c'est évidemment ce qui a lieu dans bien des cas où l'on croit avoir triomphé d'une pneumonie double au début, soit en l'attaquant par l'oxyde blanc d'antimoine, soit en la *jugulant* par les saignées coup sur coup, comme a prétendu le faire M. Bouillaud (1).

Tout porte donc à croire que ce sont de pareils faits qui ont fait accorder aux vésicatoires une confiance assez grande pour qu'on ait cru qu'ils avaient fait avorter la pneumonie.

Dans un cas que j'ai observé récemment, l'erreur était plus facile encore, puisque, avec les symptômes précédemment indiqués, il n'y eut, dans les premières heures, du râle que d'un seul côté; l'autre ne présentait que quelques craquements très-rares, qu'on ne découvrait qu'avec beaucoup d'attention. Mais ce qui, dans des circonstances pareilles, tend encore à faire regarder les vésicatoires comme très-efficaces, c'est que la douleur dont il est question se dissipe très-promptement sous leur influence; qu'aussitôt qu'elle est enlevée, la respiration devient plus libre et plus facile, et qu'il ne reste plus qu'un peu de râle sous-crépitant, qui ne tarde pas à se dissiper, comme dans une bronchite ordinaire. On croit alors avoir eu affaire à une pneumonie avortée; mais on se prépare bien des mécomptes.

Dans les véritables pneumonies, lorsque l'inflammation du *parenchyme pulmonaire* existe réellement avec un mouvement fébrile un peu marqué, il suffit d'un vésicatoire peu étendu pour occasionner une excitation marquée, l'agitation, l'insomnie, l'augmentation du mouvement fébrile, et souvent pour neutraliser l'effet des premiers moyens employés. Que serait-ce donc si l'on appliquait ces vastes vésicatoires qui, par leur grande étendue, constituent une inflammation intense ajoutée à une autre inflammation?

Nous savons bien qu'on prétend *substituer et non ajouter* l'inflammation cutanée à l'inflammation parenchymateuse: c'est, dit-on, un transport de l'irritation centrale à la périphérie, et l'on ne manque pas de raisonnements pour expliquer cette transposition; mais ce sont des faits et non des raisonnements qu'il faut, et nous avons vu que rien ne prouve que les faits invoqués en faveur de cette théorie aient été bien observés, tandis qu'il en est d'autres bien positifs qui la repoussent complétement. A-t-on après cela des motifs sérieux de mettre en usage une médication aussi douloureuse et aussi fatigante? Nous croyons qu'après y avoir réfléchi, tous les praticiens se prononceront pour la négative.

(1) Cet auteur se plaint beaucoup de ce qu'on l'accuse fréquemment d'erreurs de diagnostic; mais il y aurait, pour empêcher ces accusations, un bien meilleur moyen que de se plaindre: ce serait de ne point commettre ces erreurs, de ne point les publier sans s'en apercevoir, et surtout de ne pas vouloir les faire servir au triomphe d'un traitement que M. Bouillaud cherche en vain à faire adopter depuis près de quinze ans.

Nous avons parlé jusqu'ici des vésicatoires appliqués dans la période d'acuité de la pneumonie; mais lorsque la fièvre est tombée, lorsque la douleur a cessé, et qu'il n'existe plus qu'un engorgement du poumon reconnaissable à la persistance des symptômes locaux, le vésicatoire a-t-il ces avantages que nous n'avons pu lui reconnaître à une époque moins avancée? Il faut dire que parmi les médecins qui rejettent avec le plus de force le vésicatoire appliqué dans le moment où le mouvement fébrile est intense, il en est quelques-uns qui ont la conviction que ce moyen favorise plus tard la résolution de l'engorgement inflammatoire. Mais encore ici nous manquons complétement de preuves, ou plutôt nous avons les faits de M. Louis, qui démontrent que la maladie a eu une durée plus longue dans les cas où l'on a appliqué les vésicatoires. Si donc on n'est pas autorisé (vu le nombre trop peu considérable des faits) à regarder ce moyen comme retardant la guérison, on l'est bien moins encore à dire qu'ils servent à l'accélérer. A quoi bon d'ailleurs faire souffrir les malades, les priver peut-être du sommeil qu'ils n'ont pas goûté depuis plusieurs jours, lorsque nous savons d'une manière positive qu'une fois ce mouvement fébrile dissipé, la résolution de l'inflammation a lieu naturellement? Ainsi, sous quelque point de vue qu'on envisage cette indication, elle ne nous offre aucun avantage réel.

Les vésicatoires sont bien plus souvent encore employés dans la *pleurésie*. Ici on a principalement pour but de faciliter la résorption du liquide contenu dans la plèvre; mais arrive-t-on bien réellement à ce résultat? Il faut le dire, on n'est nullement en mesure de se prononcer sur ce point; en sorte que les médecins n'agissent véritablement ainsi que parce qu'ils veulent suivre une pratique usitée, et nullement parce qu'ils ont pu se convaincre de l'efficacité du moyen thérapeutique. Ajoutons toutefois que s'il n'est nullement démontré que les vésicatoires aient, dans le traitement de la pleurésie, plus d'avantage que dans celui de la pneumonie, du moins, dans la majorité des cas, ils ont beaucoup moins d'inconvénients; ce qui tient tout simplement à ce que le mouvement fébrile est moins intense.

Au reste, il faut distinguer, relativement à ces inconvénients, l'application du topique à une époque peu avancée de la maladie, et à celle où la fièvre est entièrement tombée. La plupart des médecins ne font usage de ce moyen que lors de cette dernière, où l'excitation produite est beaucoup moins marquée. Si donc on peut dire qu'on fait assez souvent abus du vésicatoire dans le traitement de la pleurésie, c'est plutôt parce que ce moyen n'a pas une utilité démontrée, que parce qu'il a des inconvénients. Il n'en serait pas moins nécessaire d'éclairer cette question par des recherches bien faites; car enfin, il faut le redire, ce n'est pas sans des motifs bien fondés qu'on doit recourir à une semblable médication. Faisons remarquer ici que dans ces recherches il ne faudrait pas se borner à constater si la maladie a guéri dans les cas où l'on aurait appliqué les vésicatoires, car la pleurésie tend par elle-même à la guérison. Il faudrait s'assurer si elle a guéri plus promptement; si le liquide s'est réellement résorbé avec une plus grande rapidité;

s'il n'y a point eu d'agitation vive, d'insomnie ; en un mot, d'accidents notables causés par les vésicatoires. Comme toutes les questions de thérapeutique, celle-ci présente un certain nombre d'éléments dont aucun ne doit être négligé si l'on veut arriver à la vérité.

Quant aux autres maladies aiguës des voies aériennes, nous n'avons pas à nous en occuper ici, car en général on ne fait pas abus des vésicatoires dans leur traitement. Cependant on a proposé d'employer ce moyen dans la *bronchite capillaire* un peu étendue, avec symptômes graves. Mais, à ce sujet, nous aurions à présenter les mêmes réflexions que nous a suggérées le traitement de la pneumonie.

Dans certaines *affections cérébrales chroniques*, on applique des vésicatoires, soit à la nuque pour opérer une révulsion, soit aux extrémités pour établir une espèce de dérivation. Nous n'avons point à nous occuper ici de ces cas, mais nous avons à constater que de cette pratique, mise en usage dans des affections le plus souvent non fébriles, on a tiré des conséquences très-fâcheuses pour le traitement des maladies fébriles avec symptômes cérébraux. Ne voyons-nous pas tous les jours des médecins appliquer aux mollets, aux cuisses, et même sur la tête, des vésicatoires, dans l'intention de faire cesser des symptômes cérébraux dus à des maladies très-diverses? Que dans une fièvre typhoïde, dans une pneumonie, dans une fièvre exanthémateuse, il survienne de l'agitation, de l'insomnie, du délire, de la somnolence, aussitôt, pour révulser ou détourner soit la congestion, soit l'irritation qu'on suppose exister dans l'encéphale, on a recours aux topiques irritants, et souvent aux vésicatoires. Mais n'est-il pas suffisamment démontré aujourd'hui que ces symptômes cérébraux sont sous l'influence immédiate du mouvement fébrile ; que plus celui-ci est intense, plus les phénomènes se montrent avec facilité et avec violence? Or, en supposant même que par leur moyen on pût déplacer jusqu'à un certain point une irritation ayant son siége dans la tête, cet effet ne serait-il pas neutralisé et au-delà par l'augmentation du mouvement fébrile, qui, en pareille circonstance, suivrait nécessairement l'application des emplâtres vésicants?

Dans d'autres maladies, on a un double but : ainsi, dans les fièvres exanthémateuses, dont je parlais tout à l'heure, on veut souvent rendre l'éruption plus abondante vers les extrémités, ou bien favoriser cette éruption lorsqu'elle se fait mal, en même temps qu'on cherche à dissiper les symptômes cérébraux. D'autres fois c'est un symptôme local qu'on veut faire disparaître, comme une gêne considérable de la respiration, par exemple ; d'autres fois encore, et j'en ai vu récemment un exemple, on espère, à l'aide d'un large vésicatoire, faire disparaître une péritonite vraie ou supposée, dans laquelle on trouve la source du mouvement fébrile et de tous les accidents consécutifs. Eh bien! dans tout cela, nous ne craignons pas de le dire, il y a un véritable abus : abus, parce que rien ne prouve qu'on arrive au résultat qu'on s'est proposé; abus, parce que dans toutes ces circonstances on néglige cette excitation si évidente dont j'ai tant de fois parlé, et qui ne tend à rien moins qu'à produire des effets entièrement opposés à ceux qu'on en attend.

Je pourrais citer d'assez nombreux exemples qui prouveraient que ce ne sont point là de vaines idées spéculatives, mais que les choses se passent journellement comme nous le disons. Nous avons vu, dans un cas de scarlatine très-grave, un large vésicatoire, appliqué sur la poitrine dans le but de calmer les accidents qui avaient lieu du côté des voies respiratoires, augmenter à ce point les symptômes cérébraux et le mouvement fébrile, que le pouls était devenu presque impossible à compter, tant il était rapide, et que le malade a succombé au milieu de transports furieux. Dans un autre cas où l'on avait cru à l'existence d'une péritonite, quoiqu'il ne s'agît que d'une fièvre typhoïde avec météorisme, coliques violentes et vomissements, un large vésicatoire détermina un délire intense, avec exaltation de tous les phénomènes fébriles, accidents qui cessèrent presque immédiatement après qu'on eut remplacé l'emplâtre épispastique par un cataplasme émollient pour calmer l'irritation cutanée.

Nous ne multiplierons pas davantage ces exemples ; ce que nous avons dit s'applique facilement aux divers cas où l'on met en usage les vésicatoires dans les maladies aiguës et surtout dans les maladies fébriles. Quant aux *sinapismes*, n'agissent-ils pas de même, quoique avec moins d'intensité, parce qu'on a soin de ne produire que la rubéfaction? Et cependant on sait avec quelle profusion on les prescrit dans la plupart des maladies. Ne serait-il pas temps enfin qu'au lieu de suivre, dans l'application de ces moyens, une aveugle routine, on s'occupât de rechercher dans quels cas ils sont réellement utiles, et jusqu'à quel point ils sont utiles?

Jusqu'à présent, nous n'avons parlé que de l'application des vésicatoires et des sinapismes en général, sans rien dire de particulier relativement à la thérapeutique du premier âge ; et cependant c'est, on peut l'avancer sans crainte, dans les *maladies des enfants* qu'on a le plus prodigué et que quelques médecins prodiguent encore le plus ces topiques irritants.

Chez les *enfants*, comme on le sait, les symptômes cérébraux se produisent très-facilement sous l'influence de toutes les maladies fébriles ; aussi à chaque instant redoute-t-on chez eux l'apparition de ce qu'on appelle vulgairement une *fièvre cérébrale*, et a-t-on recours, pour s'y opposer, aux moyens dont nous parlons. Mais n'est-il pas évident que par cela même que les symptômes nerveux sont très-faciles à se produire dans le jeune âge, cette médication a plus d'inconvénients que dans l'âge adulte? La douleur, qui est plus difficilement supportée par les enfants, ne suffirait-elle pas seule pour porter à un haut degré l'excitation que l'on veut combattre? Dernièrement encore, j'ai vu, chez un enfant de cinq ans, atteint d'un coryza avec amygdalite légère, accompagnée d'une fièvre assez marquée, appliquer des sinapismes aux mollets parce que les yeux étaient animés, que la face était rouge, et qu'il y avait une agitation assez marquée. Eh bien! dès qu'ils se firent sentir, les accidents augmentèrent d'une manière extrêmement notable, et l'on observa pendant toute une nuit, quoiqu'on eût enlevé les

sinapismes au bout d'un quart d'heure, des réveils en sursaut, une frayeur vive, symptômes qui très-probablement n'auraient point eu lieu, à ce degré du moins, si on n'avait point appliqué ces topiques irritants.

Ne voyons-nous pas d'autres médecins mettre des vésicatoires sur le ventre chez des enfants atteints d'une simple entérite, d'autres employer le même moyen pour combattre les accidents de la dentition, et la plupart faire abstraction de tous les inconvénients que nous avons signalés, pour ne s'occuper que de résultats souvent imaginaires ?

Une cause de cette grande confiance accordée aux vésicatoires dans le traitement de plusieurs maladies de l'enfance se trouve peut-être dans la crainte exagérée que l'on a des effets des substances narcotiques chez les sujets du premier âge. Ainsi, l'on sait que dans l'entérite les opiacés ont un succès prompt et presque toujours certain ; mais on craint l'action des narcotiques, on a peur précisément de ces symptômes cérébraux dont nous parlions tout à l'heure, on préfère un vésicatoire sur le ventre. Et qu'arrive-t-il ? c'est que, d'une part, on ne parvient pas à enrayer la maladie principale, et que, de l'autre, on provoque souvent ces mêmes symptômes qu'on voulait prévenir. J'en ai vu un exemple chez un enfant de huit mois, qui ne sortit de son état d'exaspération qu'après la suppression des vésicatoires, et dont l'entérite céda très-facilement aux lavements laudanisés et aux émollients.

Quant à l'emploi des opiacés chez les enfants, j'ai dit ailleurs (*Guide du Médecin praticien*, tom. IV ; *Maladies des Voies digestives*) combien était exagérée la crainte qu'ils inspirent ; et j'ai cité un cas dans lequel six gouttes de laudanum par jour ont pu être administrées à un enfant d'un mois, affecté d'une dysenterie extrêmement violente, sans qu'il en soit résulté d'autre inconvénient qu'un très-léger narcotisme, comme cela aurait eu lieu chez un adulte à proportions égales.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce sujet intéressant ; nous faisons des vœux pour que les observateurs en fassent l'objet de leurs recherches. Tout ce que nous avons voulu montrer ici, c'est que l'on prodigue beaucoup trop, dans les maladies fébriles, des moyens qui peuvent être utiles dans quelques cas, mais qui, dans un grand nombre, ont des inconvénients non douteux ; et notre conclusion, c'est que, dans l'état actuel de la science, les vésicatoires appliqués dans les cas de maladie aiguë fébrile ne peuvent inspirer qu'une confiance très-bornée, tandis qu'ils doivent très-souvent faire naître des craintes qui, d'après les exemples cités plus haut, ne sont malheureusement que trop fondées.

E. SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE.

Cette séance a été entièrement consacrée à des sujets étrangers aux sciences médicales.

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE,

Rapport entre le sens du courant électrique et les contractions musculaires dues à ce courant. — M. Longet lit un travail fait en commun par M. Matteucci et lui sur ce sujet.

Les physiciens, disent les auteurs, ont étudié jusqu'à présent l'action du courant électrique *à direction différente*, spécialement sur les nerfs lombaires et sciatiques des animaux, c'est-à-dire sur des cordons nerveux que les anatomistes appellent *mixtes*, parce qu'ils sont composés, sous une même enveloppe, de filets dont les uns conduisent les impressions, et les autres le principe de la contraction musculaire. Cette étude a démontré que si, dans une portion de la longueur d'un nerf de cette double nature, on fait passer immédiatement un courant *direct* ou dirigé du cerveau aux extrémités nerveuses, des contractions surviennent dans les muscles inférieurs, en fermant comme en ouvrant le circuit, et que les mêmes phénomènes sont produits par un courant *inverse*, c'est-à-dire par celui qu'on dirige des extrémités du nerf vers l'encéphale. Mais on a vu bientôt apparaître une autre période persistante dans laquelle les contractions n'ont plus lieu que dans deux cas : 1° au commencement du courant direct; 2° à l'interruption du courant inverse.

Telle est l'unique loi générale admise aujourd'hui sur la relation du sens des courants électriques avec les contractions musculaires qu'ils excitent en passant dans les nerfs des animaux vivants ou récemment tués. La découverte fondamentale de Ch. Bell sur les fonctions différentes des faisceaux de la moelle épinière et des racines des nerfs rachidiens, a conduit MM. Matteucci et Longet à rechercher si cette loi, établie par des expériences exécutées seulement sur des nerfs mixtes, serait applicable ou non à des parties du système nerveux dont l'action n'est que centrifuge ou exclusivement motrice : leurs recherches ont en conséquence été dirigées d'abord sur les racines spinales antérieures et sur les faisceaux correspondants de la moelle.

La racine spinale antérieure a été soumise aux courants galvaniques direct et inverse, dans les quatre conditions suivantes : la racine antérieure et la postérieure correspondante étant intactes; l'une et l'autre divisées; la postérieure intacte et l'antérieure divisée; la postérieure divisée et l'antérieure intacte.

Dans tous les cas, les contractions du muscle ou des muscles animés par la racine antérieure sur laquelle on agit, se manifestent d'abord confusément au commencement et à la fin du courant, quelle que soit la direction; mais après un certain temps les effets deviennent nets et durables : les contractions n'ont plus lieu qu'au commencement du courant inverse et à l'interruption du courant direct.

Relativement à l'influence du courant sur les faisceaux blancs antérieurs et latéraux de la moelle épinière, MM. Matteucci et Longet ont constaté que les contractions survenaient (après quelques instants ou après l'extinction de toute action réflexe) dans le train postérieur de l'animal (chien), seulement au commencement du courant inverse, et à l'interruption du courant direct, c'est-à-dire comme avec les racines antérieures.

Quant aux faisceaux latéraux, ils réagissent avec les courants direct et inverse, à la manière des antérieurs, en occasionnant toutefois des secousses convulsives moins persistantes et moins énergiques.

Voici les conclusions par lesquelles les auteurs terminent leur travail :

1° L'influence du courant électrique diffère totalement, quand elle s'exerce sur les nerfs exclusivement *moteurs*, dont l'action n'est que centrifuge, ou sur les nerfs *mixtes*, dont l'action est à la fois centrifuge et centripète.

2° Les premiers excitent les contractions musculaires seulement au commencement du courant *inverse* et à l'interruption du courant *direct;* tandis que les seconds ne les font apparaître qu'au commencement du courant direct et à l'interruption du courant inverse.

3° Les faisceaux antérieurs de la moelle épinière se comportent avec les courants direct et inverse à la manière des nerfs simplement moteurs.

4° Cette action différente et remarquable des courants électriques sur les nerfs seulement moteurs et sensitifs, nous paraît devoir fournir un moyen sûr pour distinguer ces nerfs les uns des autres et pouvoir servir, par conséquent, à élucider une question qui divise encore aujourd'hui les physiologistes : celle de savoir s'il existe ou non des nerfs *mixtes* dès leur origine.

Race des Cagots. — M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, rappelle qu'il a adressé, il y a deux ans, une note sur les *Cagots*, race qu'il a présentée comme continuant, dans les Pyrénées, les *Goths*, qui, à diverses époques, furent refoulés dans ces contrées. Il met aujourd'hui sous les yeux de l'Académie six nouvelles figures prises parmi des Cagots de diverses localités. Le caractère anatomique qui distingue les Cagots des aborigènes, au milieu desquels ils se trouvent implantés, consiste dans la forme de l'oreille, qui est *ronde et sans lobule*.

M. Guyon appelle de nouveau l'attention de l'Académie sur un fait consigné dans sa première note, à savoir que les Cagots appartiennent à *une race de taille élevée et parfaitement conformée*, et que le

goître et le crétinisme, dont un grand nombre de Cagots sont entachés, ne tiennent qu'à la nature des localités habitées par ces derniers.

Nerfs du système fibreux. — M. Pappenheim, de Breslaw, adresse un travail sur le système fibreux et sur les nerfs de ce système. Frappé de ce fait, que les maladies du système fibreux sont en général très-douloureuses, quoiqu'on n'ait pu découvrir de nerfs dans plusieurs des parties qui constituent ce système, l'auteur a dirigé ses recherches sur ce point d'anatomie. Il a soumis à l'étude du microscope toutes les parties fibreuses chez l'homme et quelques animaux vertébrés. Voici quelques-uns des résultats qu'il a constatés :

M. Pappenheim distingue deux sortes de périostes : l'un qu'il appelle nu ou découvert, l'autre couvert ou musculaire. Le premier est celui qui est appliqué immédiatement aux os; le second est intermédiaire entre les os et les muscles. Il a trouvé des nerfs dans le premier de ces deux périostes, jamais dans le second. Les nerfs enveloppent ou accompagnent toujours les artères et jamais les veines. Il s'ensuit qu'on trouve des nerfs partout où il se rencontre des artères. Les nerfs, en outre, sont toujours dans le tissu cellulaire, dont une couche pénètre au sein du tissu fibreux pour leur servir d'enveloppe. Les principaux tissus fibreux dans lesquels il signale la présence des nerfs sont, outre le périoste nu, les ligaments, les tendons, quelques bourses muqueuses, les membranes fibreuses du cerveau, etc.

L'auteur s'est borné dans cette note à énoncer les résultats généraux de ses recherches; il se propose de leur consacrer prochainement un mémoire spécial.

Usage du quinquina dans les fièvres pernicieuses. — M. Cornay (de Rochefort) demande l'ouverture d'un paquet cacheté déposé en son nom dans la séance du 27 mai 1844. Le contenu de ce paquet est relatif à l'usage du quinquina de préférence à celui de la quinine dans les fièvres pernicieuses, et à l'identité de la fièvre typhoïde et du typhus, deux points sur lesquels M. Cornay réclame la priorité sur MM. Gouraud père et Gaultier de Claubry.

Nutrition des plantes. — M. le docteur Schultz, professeur à l'Université de Berlin, communique le résultat d'expériences qu'il a faites sur la nourriture des plantes. Contrairement à l'opinion générale, qui consiste à considérer l'acide carbonique comme la vraie nourriture des plantes, M. Schultz est arrivé à cette conclusion, que l'acide carbonique n'est presque pas décomposé par les plantes; que l'engrais et l'humus ne se dissolvent jamais en acide carbonique, et que tout l'oxygène qu'exhalent les plantes ne vient pas de l'acide carbonique, mais d'autres acides végétaux contenus naturellement dans les sucs des plantes, tels que l'acide gallique, malique, lactique, tartarique, citrique, etc.

Traitement de la surdi-mutité et du bégaiement. — M. Rabet soumet à l'examen de l'Académie une nouvelle méthode de lecture dont les avantages seraient, suivant lui, d'introduire dans toutes les écoles l'uniformité de langage; 2° d'apprendre la parole aux sourds-muets; 3° de guérir le bégaiement.

(Renvoyé à la commission du bégaiement, à laquelle on adjoint M. Pariset.)

SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE.

Entérotomie pratiquée avec succès dans un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle. — M. Maisonneuve lit une observation d'entérotomie pratiquée avec succès dans un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle.

Tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître l'impuissance de l'art dans les étranglements internes de l'intestin grêle. La science ne possède pas encore un seul fait de guérison de cette terrible maladie. Dans un de ces cas désespérés, M. Maisonneuve a fait l'essai d'une opération nouvelle; le succès a couronné ses efforts. Il s'agit d'une dame âgée de 64 ans, qui portait depuis quinze ans environ une hernie inguinale du côté droit. Cette tumeur devint tout à coup douloureuse et augmenta de volume; bref, tous les symptômes de l'étranglement se manifestèrent, auxquels on opposa vainement tous les moyens de l'art. M. Maisonneuve se décida à l'opération et la fit selon les règles ordinaires. Tout se passa bien d'abord; mais, cinq ou six heures après, des symptômes très graves se manifestent, et l'on ne voit plus d'espoir de salut que dans une seconde opération. « Mais ici, dit l'auteur, la science me faisait défaut; elle n'avait à m'offrir aucun précédent. Je dus donc chercher toutes mes ressources dans l'étude approfondie du fait que j'avais sous les yeux.

« Le relief que faisaient à travers la paroi abdominale les anses distendues de l'intestin grêle me donna pour un instant l'idée d'aller, par une incision nouvelle, chercher une de ces anses, de l'attirer au dehors et d'établir un anus contre nature. Mais je remarquai, d'une part, que derrière la cicatrice de la première opération, un nouvel étranglement avait pu se former dans l'orifice herniaire; d'autre part, que cet orifice, dilaté par l'incision, pourrait peut-être me permettre d'aller, aussi bien qu'avec l'incision nouvelle, saisir une des anses intestinales dilatées... Ce n'est pas sans un profond regret que je divisai les adhérences de cette plaie, réunie déjà par première intention. Je développai ensuite les lambeaux du sac et j'arrivai à l'orifice herniaire. Là je reconnus que ma première supposition était sans fondement. L'orifice était libre, aucun étranglement nouveau ne s'était produit; je n'avais plus dès lors de ressource que dans la recherche d'une des anses de l'intestin grêle supérieures à l'étranglement; je m'y décidai sans retard. Avec le doigt index de la main droite, introduit dans l'orifice herniaire, je rompis d'abord quelques fausses membranes; puis, explorant les parties contiguës à cet orifice, je rencontrai une anse intestinale adhérente à la paroi abdominale, et que je pus, à sa distension considérable, reconnaître comme appartenant à la portion de l'intestin placée au-dessus de l'étranglement. J'avais eu d'abord l'idée de l'attirer au dehors et de l'y fixer par des points de suture après l'avoir ouverte; mais, en explorant avec le plus grand soin, j'acquis la conviction que les adhérences de cette partie avec la paroi abdominale et probablement avec les anses intestinales voisines, d'une part, étaient de nature à rendre cette extraction difficile, dangereuse même;

d'autre part, qu'elles devaient être suffisantes pour s'opposer à l'épanchement des matières dans le péritoine. Je pensai que, pour arriver à mon but, l'établissement provisoire d'un anus contre nature, il me suffisait de pincer l'anse intestinale et de l'inciser dans l'étendue d'un à deux centimètres ; c'est ce que je fis. A l'aide d'une pince à disséquer, je parvins à saisir un pli de l'intestin, et, glissant des ciseaux mousses le long de la pince, je divisai ce pli transversalement. Un jet de matières intestinales s'écoula aussitôt ; j'introduisis de nouveau mon doigt pour m'assurer qu'après son affaissement l'intestin n'avait point perdu ses rapports avec l'orifice herniaire ; puis, reconnaissant que l'ouverture était un peu trop étroite, je l'agrandis un peu, de manière à pouvoir pénétrer dans l'intestin avec le bout de mon doigt. »

Les choses se passèrent bien, et la malade a très-bien guéri.

Recherches des matières métalliques dans le corps de l'homme et des animaux. — M. Chevreul lit une note sur la présence du plomb à l'état d'oxyde ou de sel dans divers produits artificiels, dans laquelle il expose incidemment les réflexions suivantes relatives à la recherche des matières métalliques dans le corps de l'homme et des animaux. « En parlant de la décomposition du bouillon de la compagnie hollandaise, dit M. Chevreul, j'ai rapporté des expériences d'après lesquelles il m'a semblé qu'on ne doit pas considérer comme élément essentiel à la nature des animaux et des plantes le cuivre qu'ils peuvent présenter à l'analyse. Effectivement, la quantité de ce métal est variable, quoique toujours très-faible, et il peut manquer absolument. Si un sel cuivreux pénètre par l'intermédiaire de l'eau du sol dans les végétaux, si un sel cuivreux, des poussières cuivreuses pénètrent par l'intermédiaire d'aliments, ou d'une manière quelconque, dans les animaux, dans le corps de l'homme, cette pénétration est, selon moi, toujours accidentelle. »

M. Chevreul distingue dans les êtres vivants trois classes de principes immédiats : des principes essentiels à l'existence de ces êtres ; des principes qui, quoique nécessaires, ne sont pas essentiels, en ce sens que, s'ils manquent, ils peuvent être remplacés par d'autres ; enfin des principes accidentels qui peuvent manquer absolument sans aucun inconvénient. Il met le plomb comme le cuivre au nombre des principes accidentels des êtres organisés.

Il conclut enfin, en ce qui concerne les recherches de médecine légale qui auraient le plomb ou ses composés pour objet, qu'il est indispensable de soumettre, avant tout, les réactifs alcalins à des expériences propres à constater qu'ils sont exempts d'oxyde de plomb.

Mesure de la force nerveuse développée par un courant électrique. — M. Matteucci adresse un mémoire sous ce titre, dans lequel il se propose de résoudre le problème suivant : Une certaine quantité de zinc étant donnée, si l'on suppose l'employer dans une pile, déterminer quel est le travail mécanique développé par une grenouille dont les nerfs lombaires sont parcourus par le courant qui est engendré par cette quantité donnée de zinc. L'épine d'une grenouille récemment préparée est serrée dans une pince métallique ; on attache aux deux pattes de la grenouille un certain poids qui porte un index ; une échelle divisée en millimètres est fixée verticalement à côté de l'index ; enfin une aiguille de platine est introduite dans les muscles du bassin de la grenouille, tout près de ses cuisses. Si l'on fait passer le courant par la pince et l'aiguille de platine, on verra la grenouille se contracter, soulever le poids à une certaine hauteur, dans un certain temps. En faisant passer ce courant à des intervalles de temps très-rapprochés, on a une suite de contractions ou d'efforts musculaires qui peuvent être mesurés, le poids soulevé, le temps employé et l'espace parcouru par ce poids étant donnés par l'expérience. Dans le même temps, un voltaïmètre compris dans le circuit donne la quantité d'électricité qui est passée et par conséquent la quantité de zinc qui s'est dissoute. En agissant ainsi, M. Matteucci a trouvé que l'effet musculaire était réduit à moitié si le courant était diminué de moitié, à un tiers si le courant était réduit à un tiers, et ainsi de suite.

Voici les nombres auxquels il est parvenu dans la résolution du problème qu'il s'est posé : 3 milligr. de zinc dissous dans une pile, dans l'espace de 24 heures, produisent un courant qui, passant à travers les nerfs lombaires d'une grenouille récemment tuée, produit une quantité de travail exprimée par 5k,4419 dans le même temps. Si l'on compare cette quantité de travail à celle qu'on aurait obtenue en brûlant les 3 milligr. de zinc ou l'équivalent de charbon sous une machine à vapeur, on aurait 0k,834, nombre infiniment moindre ; de même, en faisant agir le courant dans une machine électro-magnétique, on n'aurait obtenu que 0k,96. Il en résulterait que la meilleure condition pour faire produire le maximum d'effet mécanique à un courant électrique, c'est de le faire agir sur les nerfs d'un animal. Pour arriver à cette détermination, M. Matteucci a fait construire par M. Breguet un appareil qui donne à cet égard les résultats les plus précis, et qu'il met sous les yeux de l'Académie. En opérant successivement sur différentes grenouilles avec cet appareil, MM. Matteucci et Breguet ont trouvé que, pour les premières 10 secondes, l'intervalle entre deux contractions était 0,25 ; dans les 10 secondes suivantes, cet intervalle devenait 0,33 et puis 0,41, 0,58. Ce résultat est dû uniquement à l'affaiblissement de l'animal et à l'action du courant. M. Matteucci se propose de continuer ces recherches.

SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE.

Rapports, en pesanteur, des organes nerveux de l'homme et des mammifères. — M. Bourgery lit un travail ayant pour titre : *Mémoire sur les masses comparatives que présentent, dans l'homme et les animaux mammifères, les différents organes qui composent le système nerveux.*

M. Bourgery a entrepris ce travail dans le but de fixer un des éléments de cette grande question, savoir, quels sont les rapports du système nerveux avec les manifestations qui en dépendent.

Partant de ce principe, que le système nerveux, agent de toutes les fonctions, les représente toutes

matériellement, il s'est proposé de déterminer les rapports du système nerveux avec lui-même par la comparaison des divers appareils dont il se compose.

L'objet particulier de ce mémoire est de déterminer les rapports, en pesanteur absolue, des organes nerveux de l'homme et de quelques animaux mammifères, et de déduire les conséquences qui ressortent naturellement des faits. Procédant ainsi, M. Bourgery a trouvé que la moyenne de l'encéphale, c'est-à-dire de toute la masse nerveuse centrale, étant 1,321 grammes, les hémisphères cérébraux y figurent pour 1,095 gr., le cervelet pour 141, le prolongement céphalique de l'axe cérébro-spinal pour 85, dont les couches optiques et les corps striés représentent 57, et le bulbe rachidien avec la protubérance, 28, la moelle épinière 46.

Il résulte de là que, dans l'homme, les hémisphères cérébraux, les organes propres des manifestations psychologiques renferment une masse nerveuse qui est, par rapport aux autres appareils,

Quatre fois celle de tout le reste de la masse encéphalo-rachidienne ;

Neuf fois celle du cervelet, organe présumé de la coordination des mouvements ;

Près de *treize fois* celle de la tige céphalique de la moelle épinière réunissant les organes des sens, moins l'olfactif, ceux de transmission de la sensibilité générale et ceux de la respiration ;

Vingt-quatre fois celle de la moelle épinière, cordon de conductibilité et d'incitation de la sensibilité et des mouvements de tout le corps, les viscères compris.

En résumé, la prédominance des hémisphères cérébraux, si considérable chez l'homme, subit une juste réduction quand on passe de l'homme aux animaux qui s'en rapprochent le plus, et elle diminue graduellement dans ceux-ci, du chien au cheval, puis au chat, au veau, au mouton, c'est-à-dire à peu près dans le rapport de l'intelligence elle-même.

Voici les conclusions que l'auteur déduit de ses recherches :

1° De même que dans l'homme, comme il ressort de tous les travaux de la science moderne, l'étendue et la variabilité de l'intelligence sont généralement en proportion de la quantité anatomique de la substance cérébrale, et que cette détermination devient rigoureuse lorsque, à la quantité, se joint la condition physiologique de la qualité ; de même aussi, chez les animaux, la précision et la lucidité des instincts paraissent en rapport avec la quantité de la matière cérébrale dans chacun d'eux, sauf également la question de qualité entre les individus d'une même espèce.

2° La somme des instincts chez les animaux comparés entre eux est d'autant plus grande que le poids proportionnel des hémisphères cérébraux, et peut-être aussi du cervelet, est plus considérable par rapport à celui des centres nerveux de l'axe cérébro-spinal.

3° La vie n'étant que l'harmonie dans l'accord et l'antagonisme, c'est-à-dire une lutte perpétuelle des organismes entre le milieu physique, le système nerveux, l'agent matériel de la vie, exerce trois sortes de fonctions : les premières spontanées ou propres à l'être vivant et qui ne peuvent ressortir uniquement de l'action des lois générales de la nature ; les secondes physiques, les troisièmes chimiques, qui se nuancent d'un groupe à l'autre par des fonctions mixtes intermédiaires. Les fonctions spontanées indiquent la destination de l'être vivant, les autres établissent pour l'entretien du corps matériel ses rapports avec les lois de la chimie et de la physique générales.

Ces conditions posées,

En dehors de toute question de la qualité relative de la substance :

1° Une masse nerveuse cérébrale, qui est quatre fois celle de tout le reste des organes encéphalo-rachidiens, est exigée par les manifestations psychologiques de l'homme.

2° Les instincts de l'animal ne requièrent que cinq ou six fois moins de la substance nerveuse qui leur est propre. Au-dessous, la quantité de substance nécessaire aux organes pour leurs fonctions diminue graduellement dans cet ordre.

3° Les sens et les nerfs de la sensibilité générale, organes de physique vivante.

4° La fonction physique du mouvement.

5° La fonction physico-chimique de la respiration.

Puis, parmi les fonctions chimiques :

6° La digestion.

7° Les élaborations organiques.

8° L'assimilation.

Tels sont les résultats qui ressortent de la détermination en poids de la substance nerveuse. Mais pour si curieux et si féconds qu'ils puissent être, pour conclure à la qualité anatomique, il faudra pouvoir ajouter la qualité physiologique, condition plus essentielle à laquelle semblent se rattacher l'aptitude spéciale, l'activité, l'harmonie fonctionnelle, et quelque chose encore de plus pénétrant, de plus exquis, et par cela même d'indéfinissable, qui imprime un si grand caractère aux manifestations psychologiques de l'homme. C'est que, de même que pour tous les tissus, qui diffèrent entre eux dans les animaux, il y a aussi une substance nerveuse propre à chacun d'eux, et avant tout à l'homme. Gardons-nous donc d'assimiler entre eux des organes dont les manifestations physiologiques, loin d'être généralement analogues, sont partout si profondément différentes. Et comme aucune comparaison ne peut être admise à cet égard de l'animal à l'homme, tout en constatant l'énorme différence matérielle qu'elle accuse, avouons que la quantité qui ne montre que le côté physique d'une question qui ne l'est plus, ne suffit pas à mesurer l'immense intervalle qui sépare l'instinct organique, irresponsable de l'animal, du sens moral et de l'intelligence responsable de l'homme.

Sur les anciens Maures du nord de l'Afrique. —M. Guyon envoie une note relative à l'histoire de la race maure. On sait que depuis longtemps les Maures ont disparu du nord de l'Afrique ; la population actuelle, composée de Berbères et d'Arabes croisés avec des races européennes, ne rappelle rien de leurs caractères physiques. On s'est, en conséquence, demandé si la race maure aurait tout à fait disparu, ou s'il serait encore possible d'en retrouver

des traces. D'après les recherches auxquelles s'est livré M. Guyon sur cette question, il croit pouvoir la résoudre dans ce dernier sens. « Il existe, dit-il, sur les bords du Sénégal, rive droite, et dans tout le Sahara, une population nombreuse qui porte le nom de l'ancienne race dont nous nous occupons ; à ce nom qui, déjà, éveille des soupçons sur son origine, viennent se joindre des caractères physiques qui rappellent, en tous points, ceux qui nous ont été transmis par les historiens sur les anciens Maures du nord de l'Afrique. D'après ces témoignages, M. Guyon serait disposé à retrouver, dans les Maures des bords du Sénégal et du Sahara, les anciens Maures du nord de l'Afrique, qui auraient été refoulés dans les premières contrées par les nombreuses émigrations qui, dès les temps les plus reculés, se sont faites du Nord et de l'Orient sur l'ancienne Mauritanie. »

D'autre part, les habitants de l'Espagne méridionale et des îles occidentales de la Méditerranée, mais surtout ceux de l'île de Malte, conservent des traces assez profondes de leurs alliances avec les anciens Mauritains. Ceux de Malte surtout offrent, à un plus haut degré que les autres, les principaux caractères des Maures du Sahara. Cette ressemblance ressort du parallèle que M. Guyon établit entre *Sinné*, le Maure du Sahara, dont parle M. Cochelet, et les habitants de Malte. La communication de M. Guyon est accompagnée de deux portraits qui mettent en regard ces caractères communs : l'un est une copie du portrait de Sinné de l'ouvrage de M. Cochelet, l'autre est le portrait d'un jeune Maltais établi à Alger.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE.

Développement des os. — M. Flourens expose sous les yeux de l'Académie des pièces anatomiques destinées à la démonstration des propositions sur lesquelles repose sa théorie de la formation des os, propositions énoncées dans ses *Recherches sur le développement des os et des dents*, publiées en 1842, et qui se résument ainsi :

1° *L'os se forme dans le périoste ;* 2° *l'os croît en grosseur par la superposition de couches externes ;* 3° *le canal médullaire s'agrandit par la résorption des couches internes de l'os.*

M. Flourens revient dans ce travail sur ces trois propositions, auxquelles il donne de nouveaux développements.

Les expériences sur lesquelles il s'appuie aujourd'hui pour démontrer la première de ces propositions : *l'os se forme dans le périoste,* ont été faites sur des chiens. On a retranché sur plusieurs chiens une portion de côte, en n'enlevant que l'os proprement dit et en laissant le périoste. Au bout de quelques jours, il s'est formé dans le périoste laissé entre les deux bouts de côte un petit noyau osseux. Peu à peu ce noyau osseux s'est développé, et il a fini par rejoindre l'un à l'autre les deux bouts de côte.

On voit par les préparations destinées à montrer les diverses phases de ce travail, que l'os nouveau se forme dans le périoste ; qu'au moment où il s'y forme, il y est complétement isolé, séparé de l'os ancien, et que ce n'est que par son développement successif qu'il atteint enfin les deux bouts de l'os ancien, et les réunit, les rejoint l'un à l'autre.

La deuxième proposition, énoncée ainsi : *l'os croît en grosseur par la superposition des couches externes*, est appuyée sur les expériences suivantes, faites sur des lapins et sur des chiens.

On a commencé par mettre à nu, sur chacun de ces animaux, l'un des tibias ; le périoste a été ensuite incisé, et l'on a fait passer enfin un anneau de fil de platine entre le périoste et l'os. L'os a continué de croître, et à mesure qu'il a crû, il a recouvert de ses nouvelles couches l'anneau de platine.

Le canal médullaire s'agrandit par la résorption des couches internes de l'os. Les pièces destinées à démontrer cette troisième proposition montrent que les couches internes de l'os ont été successivement résorbées ; c'est cette résorption successive qui produit à elle seule l'agrandissement du canal médullaire.

La note de M. Flourens se termine par la relation d'expériences qu'il a faites sur la résorption de portions d'os étrangères.

Dans ses précédents travaux, M. Flourens a publié un grand nombre d'expériences sur la résorption des portions d'os mortes appartenant à l'animal même sur lequel l'expérience était faite ; ses expériences actuelles ont pour objet des portions d'os étrangères à l'animal qui fait le sujet de l'expérience. Il a commencé par faire un trou à l'un des deux tibias d'un chien ; puis il a introduit dans le canal médullaire de ce tibia une petite côte de lapin ; puis on a laissé vivre l'animal. La membrane médullaire s'est beaucoup gonflée ; l'os a beaucoup grossi ; enfin on a sacrifié l'animal, et l'on a extrait de son tibia la petite côte qu'on y avait introduite. On peut voir, d'après les pièces mises sous les yeux de l'Académie, que toutes les portions d'os qui ont été soumises à cette expérience présentent des traces d'érosion, d'usure et de résorption d'autant plus manifestes que leur séjour dans l'animal a été plus prolongé. Dans l'une de ces pièces, on voit les filaments de la membrane médullaire qui se portent sur la portion d'os étranger et s'y enfoncent pour la résorber.

Empoisonnement par le cuivre. — MM. Danger et Flandin envoient une note additionnelle au mémoire sur l'empoisonnement par le cuivre, lu à l'Académie dans le mois de juillet dernier. C'est un compte-rendu d'une expérience entreprise dans le but de démontrer que l'existence d'un composé cuivreux dans l'économie, ainsi que tout autre agent toxique, est incompatible avec l'état normal. Ils ont, à cet effet, procédé à l'expérience suivante :

Un chien de moyenne taille, déjà précédemment empoisonné par absorption cutanée avec le sulfate de cuivre, mais guéri de cet empoisonnement, a pris et digéré avec des aliments 60 gr. ou près de 2 onces de ce sel préalablement dissous dans l'eau, donné à la dose de 18 à 20 centigr. (3 à 4 gr.) par 24 heures et en une fois. Du commencement à la fin de l'expérience, l'animal n'a rendu le cuivre que par les selles ; il n'en a pas été saisi des traces manifestes dans les urines.

Après quatre jours d'interruption dans l'administration du poison, afin de laisser évacuer celui que

contenaient les intestins, on a tué le chien et pratiqué peu après l'autopsie. On a trouvé la muqueuse intestinale rouge ou fortement injectée dans presque toute son étendue ; par places même, cette membrane a paru ramollie et comme réduite en une pulpe molle : en aucun point on n'a signalé de solution de continuité ou d'ulcération dans son tissu. L'œsophage n'a pas présenté les mêmes traces d'hypérémie, et tous les organes d'ailleurs ont paru parfaitement sains.

L'analyse chimique, faite d'après la méthode que les auteurs ont indiquée dans leur précédent mémoire, a donné les résultats suivants :

Dans le foie, des traces faibles, mais manifestes, de cuivre ;

Dans le cœur, rien ; rien dans les poumons, le cerveau, les reins et les urines, la chair musculaire et les os.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Reprise de la discussion sur l'influence des lésions traumatiques de la moelle sur les maladies des voies urinaires. — M. Ségalas demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Dans une des conclusions de mon travail, je disais que la lésion traumatique de la moelle ne s'oppose ni à la conception, ni à la gestation, mais qu'elle paralyse le travail de l'accouchement. M. Olliviers (d'Angers) a combattu cette proposition et il a cité à l'appui de son opinion deux faits d'accouchement spontané chez des paraplégiques, rapportés par Chaussier. J'ai voulu m'assurer de l'exactitude de cette citation, et j'ai vu que ces faits n'avaient pas la signification qu'on leur a donnée. Des deux femmes dont parle Chaussier, il n'y en a qu'une qui a accouché naturellement ; l'autre n'a pas accouché, et par une raison fort simple : c'est qu'elle n'était pas enceinte. Quant à la femme qui a accouché, elle n'était pas complétement paraplégique, car elle pouvait uriner volontairement. Je ferai remarquer, d'ailleurs, qu'il y a une très-grande différence entre une paraplégie produite par la présence d'hydatides dans le canal rachidien, ce qui est le cas de la femme citée par Chaussier, et celle qui résulte d'une lésion traumatique de la moelle. On conçoit, en effet, que, dans le premier cas, la paraplégie puisse n'être point permanente, ni complète, et qu'elle varie d'intensité d'un moment à l'autre. On voit par là à quoi se réduisent les deux faits qu'on m'a opposés.

M. Velpeau : Je demanderai à M. Ségalas sur quel genre de données il se fonde en avançant que les lésions de la moelle s'opposent à l'accouchement : est-ce simplement sur des indications théoriques ou sur des faits ?

M. Ségalas : Je n'ai pas été témoin d'un assez grand nombre d'accouchements pour pouvoir décider cette question par des faits : c'est plutôt par des expériences physiologiques, des inductions et des analogies que j'ai été conduit à émettre cette proposition. J'ajouterai, d'ailleurs, que je n'ai pas eu d'autre but, en prenant la parole aujourd'hui sur cette question, que de répondre à l'objection que M. Ollivier (d'Angers) m'a adressée dans la dernière séance.

M. Moreau : Je me proposais d'adresser à M. Ségalas la même question que M. Velpeau. M. Ségalas vient de répondre. Mais il me reste à lui faire une autre objection. On a opposé à la proposition de M. Ségalas deux faits, qu'il a récusés en disant que chez les femmes en question la paraplégie n'était point complète. Je lui demanderai s'il a jamais vu des femmes enceintes affectées de paraplégie complète. Je ne le pense pas, car dans cet état elles ne vivraient pas longtemps. Quant à la possibilité de l'accouchement avec une paraplégie incomplète dépendant d'une lésion de la moelle, c'est un fait acquis. J'ai été témoin d'un cas de ce genre avec M. Amussat et M. Magendie. Je ne vois pas, d'ailleurs, pourquoi il en serait autrement. L'anatomie et la physiologie nous apprennent que les contractions de l'utérus sont sous l'influence des nerfs ganglionaires, et non des nerfs émanant de la moelle épinière ; la moelle n'envoie des nerfs qu'au col seulement. On conçoit que, s'il en était autrement, les femmes contracteraient leur utérus à volonté.

M. Velpeau : La matrice, ainsi que vient de le dire M. Moreau, n'est point effectivement sous la dépendance de la moelle épinière, ou du moins elle n'en reçoit qu'une très-faible part d'influence. Mais il faut tenir compte aussi d'une autre circonstance : c'est que le travail de l'accouchement ne se fait pas uniquement et exclusivement par les contractions de l'utérus ; mais il est aidé, comme on le sait, par les muscles abdominaux, qui, eux, reçoivent tous leurs nerfs de la moelle. Les lésions de la moelle peuvent donc avoir une influence sur l'accouchement, et l'on conçoit bien que cette influence sera différente selon que la lésion occupera une partie plus ou moins élevée de la moelle ou seulement sa portion inférieure.

Un mot sur la question relative à l'altération de l'urine dans les lésions de la moelle. J'ai vu un grand nombre de paraplégiques et j'ai pu constater que, s'il est vrai que l'altération des urines dépend de leur séjour dans la vessie, ce n'en est pas la cause unique, et qu'il y a en outre une altération de sécrétion. Il y a là, à mon avis, un sujet nouveau d'expériences et d'observations. Nous devons savoir gré à M. Ségalas des expériences qu'il a faites ; mais je crois que les conclusions qu'il en a tirées sont un peu prématurées et qu'il n'y a pas lieu encore de considérer comme un fait acquis l'absence d'altération fonctionnelle des reins dans les lésions de la moelle.

M. Ségalas : J'ai vu les urines se maintenir naturelles chez les sujets paraplégiques, à quelque hauteur qu'eût lieu la lésion de la moelle, par la seule précaution que je prenais de vider souvent la vessie et de ne laisser jamais les sondes à demeure.

M. Baudelocque a été témoin d'un accouchement naturel chez une femme paraplégique.

M. Dupuy demande à M. Ségalas comment il s'est assuré, dans ses expériences, que la moelle fût divisée complétement ou seulement lésée.

M. Ségalas : J'ai procédé de plusieurs manières : chez quelques animaux, j'ai coupé la moelle transversalement, en totalité, et je l'ai fait à différentes hauteurs dans les régions lombaire, dorsale et cervivale ; chez d'autres, je me suis borné à la léser plus ou moins dans chacune de ces régions. Le moyen de s'assurer si l'on a obtenu le résultat voulu est bien simple : c'est d'empoisonner l'animal par la noix vomique. Les muscles qui reçoivent leurs nerfs de la portion détruite de la moelle ne se contractent pas, tandis que les autres, soit au-dessus, soit au-dessous, offrent des contractions tétaniques.

M. Gérardin : Le fait cité par M. Moreau me paraît tout à fait décisif pour juger la question de la possibilité de l'accouchement dans le cas de paraplégie : c'est, à mon avis, le plus concluant ; car, dans les autres faits qui ont été rapportés, on ne sait pas de quelle époque datait la paraplégie. Il faut, du reste, que ces sortes de paraplégie soient bien rares chez les femmes enceintes, car sur trente mille accouchements peut-être qui se sont faits à la Maternité depuis dix à douze ans que j'y suis, je n'en ai pas vu un seul exemple.

M. Castel : Dans la dernière séance, j'ai dit, contrairement à l'opinion de l'auteur du mémoire, que l'incontinence d'urine, qui, après une lésion traumatique de la moelle épinière, succède à la rétention, était l'effet des progrès de la paralysie et non de la distension ou de l'irritation de la vessie. J'ai rendu raison d'un phénomène sublime observé après ces sortes de lésions. Je puis l'appeler sublime sans m'écarter de la langue de la physiologie, car il atteste, plus qu'aucun autre, la puissance des stimulants moraux sur le système nerveux. « Dans la « strangulation, ai-je dit, l'érection est le produit de « l'afflux du sang vers les parties génitales ; dans la « paralysie, elle est le produit de l'afflux de la sensi- « bilité : opprimée dans ses centres, elle reflue sur un « de ses pôles. » Notre collègue affirme que, après ces lésions traumatiques, la composition de l'urine n'était pas altérée. Mais l'existence de toute inflammation doit influer sur la sécrétion de l'urine, et aussi sur sa composition ; et une lésion traumatique peut-elle être exempte d'inflammation ? Je ne prétends point que la sécrétion ne persiste pas. Je trouve même dans cette persistance une induction physiologique fort importante, savoir, que les organes sécréteurs, pour exécuter leurs fonctions, n'ont pas besoin des nerfs vertébraux. De quelle utilité seraient à ces organes des communications directes avec les deux principaux centres nerveux ? Elles seraient la source de beaucoup d'anomalies. Et, par exemple, que resterait-il de sensibilité à la disposition des facultés intellectuelles, si tous les phénomènes de la vie intérieure étaient accompagnés d'une perception, si chaque contraction du cœur, de l'estomac, si chaque goutte d'urine arrivant à la vessie retentissait au cerveau ? Ce qui est nécessaire à l'accomplissement des fonctions, ce sont les relations de viscère à viscère, parce que toutes les fonctions sont liées entre elles. Aussi ont-elles été établies par des ganglions, des plexus, des anastomoses, dont le nombre est proportionné aux besoins de chaque viscère, qui contribuent à mettre en évidence les plans et la sagesse de la nature dans la répartition de la substance médullaire. Les nerfs ont été distribués aux parties selon l'usage auquel elles sont destinées : de là la division en fonctions et en facultés. Toutefois, dans les unes comme dans les autres, l'action du nerf est subordonnée à une propriété générale. Un nerf serait impuissant pour la motilité s'il ne sentait point. Cette considération n'est point hors de propos, à une époque à laquelle on fait beaucoup d'efforts pour accréditer une grosse erreur. Il n'y a rien d'absolu dans les différences qui séparent les attributions du système de nerfs qui préside à la vie organique des attributions du système qui préside à la vie de relation. En finissant, je ferai remarquer que les expériences de notre collègue sont en opposition avec une assertion fort téméraire de Legallois, savoir, que les racines du grand sympathique sont dans la moelle épinière.

M. Ségalas : Relativement à l'érection, je n'ai hasardé aucune explication ; je me suis borné à rapporter les faits dont j'ai été témoin. Mais si l'on voulait absolument une explication, je croirais pouvoir en avancer une. Dans le cas d'érection pendant la pendaison, cité par M. Ollivier (d'Angers), on sait que ce phénomène est tout mécanique. Il se manifeste pendant la durée de la pendaison seulement ; aussitôt que le sujet cesse d'être pendu et qu'il est couché horizontalement, l'érection cesse. On pourrait conclure, je crois, de ce qui se passe dans la pendaison à ce qui a lieu à la suite des lésions de la moelle. La perturbation que la lésion de la moelle apporte dans la circulation produit un effet analogue à ce qui se passe pendant la pendaison.

Relativement à la question de l'accouchement, on peut invoquer ce qui se passe dans les vivisections, lorsque, par exemple, après avoir décapité des animaux, on voit se manifester des contractions sous l'influence de certains excitants, longtemps encore après l'extinction de la vie. Si l'on coupe la tête à un cabiais et qu'on lui pince ensuite la patte de devant, les pattes de derrière se mettent en mouvement comme pour venir au secours de la patte pincée. Pourquoi n'admettrait-on pas que la matrice peut se contracter et expulser le produit de la conception, après même qu'elle a cessé de recevoir l'influence des centres nerveux qui l'animent ?

M. Royer-Collard : Il a été dit dans la dernière séance, si j'ai bien entendu le procès-verbal, que les lésions du cerveau avaient une influence beaucoup plus grande que celles de la moelle sur les organes génitaux. Cette proposition m'a paru trop étrange et trop contraire à ce qui est généralement admis en physiologie, pour que je n'aie pas dû m'assurer si elle a été réellement énoncée ainsi.

Le Secrétaire annuel donne lecture de la phrase dont il s'agit, et qui a été prononcée par M. Castel. Cette proposition est énoncée dans des termes beaucoup moins absolus que ne l'avait cru M. Royer-Collard.

M. Rochoux dit quelques mots dont nous avons de la peine à saisir le sens. Il termine en disant qu'on ne peut pas tirer de conclusion positive d'un aussi petit nombre d'expériences.

M. Moreau revient sur les faits de l'expulsion

spontanée du fœtus en l'absence de toute participation d'influence de la moelle. Les faits de ce genre, dit-il, sont très-peu nombreux ; je n'en connais qu'un seul bien avéré rapporté par Riolan dans son *Anthropologie*. Une femme morte paraplégique et au terme de la grossesse fut transportée dans la salle des morts. On fut surpris le lendemain de lui voir un fœtus entre les cuisses.

Si une femme peut accoucher après la mort, ou alors que l'action de la moelle épinière est complètement anéantie, il faut bien reconnaître que l'accouchement se fait par l'influence des nerfs ganglionaires dont l'action survit pendant quelque temps à celle du cerveau et de la moelle. Les muscles abdominaux et le diaphragme concourent bien quelque peu à l'accouchement, mais comme auxiliaires seulement. Si ces muscles pouvaient produire seuls l'accouchement, l'utérus serait expulsé avec le produit. Il existe du reste un exemple de ce genre, rapporté par Portal, où, sous la seule influence énergique des muscles abdominaux, la matrice fut expulsée au-dehors avec son produit.

M. Velpeau : Je ne voudrais pas que le fait rapporté par Portal, que vient de citer M. Moreau, fût accepté sans critique ; il ne me paraît pas possible.

M. Moreau : Il ne serait pas possible effectivement, comme paraît l'entendre M. Velpeau. Je n'ai pas prétendu dire que l'utérus fût expulsé en totalité hors du vagin, mais en partie seulement.

M. Baudelocque : Il existe de nombreux exemples d'expulsion de fœtus après la mort de la mère ; mais ces expulsions étaient le résultat de la putréfaction de l'utérus et non de contractions normales.

Personne ne demandant plus la parole sur cette question, la discussion est close.

SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

De la paraplégie dans les lésions de la moelle. —M. Bouley (jeune) demande la permission d'ajouter quelques mots, à l'occasion du procès-verbal, à ce qui a été dit dans la dernière séance sur la paraplégie à la suite des lésions de la moelle. M. Ségalas, dit-il, a démontré par ses expériences que les lésions de la moelle n'avaient qu'une influence indirecte et peu prononcée sur la sécrétion urinaire ; j'ai fait aussi la même remarque sur des chevaux, non à l'occasion de lésions physiques, mais dans des cas de maladies spontanées de la moelle. Les vétérinaires croyaient autrefois que la paraplégie chez le cheval était uniquement le résultat de lésions physiques, telles que luxations, fractures des vertèbres, etc. ; c'est une erreur : elle est souvent produite, comme chez l'homme, par des maladies spontanées. L'observation clinique m'a démontré que la paraplégie était souvent la conséquence de congestions sanguines ; j'ai plusieurs fois trouvé la moelle complétement ramollie. Il y a dans ces cas paralysie du mouvement d'abord ; la paralysie du sentiment ne se manifeste qu'en second lieu. Quant à l'urine, j'ai toujours remarqué qu'elle continue à couler, mais un peu moins abondamment que dans l'état normal ; elle ne tarde pas à devenir trouble et épaisse. Je n'ai pas été à même de constater les altérations chimiques qu'elle peut subir.

M. Barthélemy : La paraplégie chez les animaux résulte souvent d'une commotion à la suite d'un coup ou d'une secousse violente dans les reins. J'ai été témoin du fait suivant en Russie : un cochon reçut un coup de bâton dans les reins ; il fut pris aussitôt d'une paralysie complète du train postérieur ; il continua néanmoins à fuir sur les pattes de devant, traînant après lui ses pattes de derrière ; au bout de quelques minutes, il se remit sur ses quatre pattes et recommença à courir comme auparavant. Dans d'autres circonstances, j'ai vu des chevaux, à la suite de glissades, être pris de paraplégie complète, au point qu'on était obligé de passer une barre sous leur train postérieur pour les relever et les transporter dans cet état à l'écurie ; à peine y étaient-ils qu'ils se relevaient sur leurs jambes et qu'il ne restait plus aucune trace de commotion. Dans un autre cas, j'ai vu une semblable paraplégie, suite de commotion, disparaître sous la seule influence d'une friction excitante.

M. Dupuy monte à la tribune et lit une note qui a trait à la discussion qui se débat en ce moment : il s'agit du rôle du système nerveux ganglionaire sur les divers organes qui en dépendent. Il rend compte des expériences qu'il a faites en 1806, avec Dupuytren, sur l'extirpation des ganglions cervicaux supérieurs du grand sympathique chez le cheval. Cette extirpation paraît avoir été complétement inoffensive chez ces animaux.

M. Ségalas : M. Bouley a dit avoir observé qu'en général chez les chevaux la paralysie du mouvement précède la paralysie du sentiment. Je lui demanderai s'il a trouvé dans ces cas que la lésion de l'épine fût plus grande en avant qu'en arrière. Tout le monde sentira l'importance de cette question au point de vue des doctrines physiologiques actuelles.

M. Bouley : Les résultats de mes observations sur ce sujet sont consignés dans un mémoire, où M. Ségalas pourra en prendre connaissance ; il y verra que c'était le plus ordinairement la portion antérieure (inférieure chez les animaux) de la moelle qui était la première affectée. Plus tard, lorsque la maladie avait envahi toute la moelle, il n'était plus possible de distinguer par où elle avait débuté.

M. Castel : On va bien loin chercher la cause d'un phénomène dont l'explication est cependant bien simple, quoique personne n'ait songé encore à la donner. Si la paralysie commence par le mouvement, c'est parce que la contraction musculaire exige une plus grande somme d'inervation que le sentiment. Après la lecture du travail de M. Ségalas, j'ai été frappé de voir que la conséquence qui devait s'offrir naturellement la première n'avait pas été déduite, savoir, que les fonctions organiques exigent moins d'inervation que le mouvement et les fonctions soumises à la volonté.

M. Rochoux : M. Castel a cherché à expliquer pourquoi les mouvements sont les premiers paralysés. Je ne lui répondrai que par le fait suivant : l'illustre Lacondamine, qui avait une paralysie du sentiment, avait conservé le mouvement intact.

M. Velpeau : La paralysie du mouvement précède presque toujours, chez les blessés, la paralysie du sentiment. On sait d'ailleurs qu'elles peuvent se manifester isolément, à l'exclusion l'une de l'autre.

Parenchyme pulmonaire.—M. Bussy lit un rapport sur un travail communiqué à l'Académie par M. Félix Boudet, ayant pour titre : *Recherches chimiques sur le parenchyme pulmonaire et les tubercules.*

Conclusions : Insertion au *Bulletin* et lettre de remercîments à l'auteur.

M. Delens fait remarquer combien il est difficile, dans ces sortes d'analyses, de faire abstraction des substances étrangères à la nature des tissus analysés et qui y sont accidentellement réunis. On a comparé, ajoute-t-il, le parenchyme pulmonaire avec la chair musculaire, et on a trouvé de la matière grasse dans le premier, tandis que le tissu musculaire n'en contenait pas. Eh bien ! je suis très-porté à croire que ce résultat est fautif ; cela tient sans doute à ce que l'analyse de la chair musculaire n'a pas été faite aussi récemment que celle du poumon ; car l'on sait aujourd'hui que le sang contient de la matière grasse ; par conséquent les muscles, ainsi que tous les tissus qui reçoivent du sang abondamment, doivent en contenir aussi.

M. Bussy répond qu'on ne peut pas ainsi préjuger cette question. Son opinion est d'ailleurs qu'on ne peut pas encore, dans l'état actuel de la science, tirer de conclusions définitives des recherches chimiques appliquées aux tissus organiques.

M. Desportes reproche à l'auteur du travail, ainsi qu'au rapporteur, d'avoir, dans une question qui met tout à la fois en cause l'anatomie et la physiologie, la chimie médicale et la pathologie, tiré des conclusions sur de simples recherches chimiques, sans s'assurer si ces conclusions se conciliaient ou non avec les autres données de la science. D'ailleurs, est-ce ainsi, ajoute M. Desportes, que doit être faite une analyse chimique des poumons ? Opérer sur les poumons en masse, n'est-ce pas comme si l'on opérait sur une portion entière d'un membre, le pied ou la main, par exemple ? Les poumons ne renferment-ils pas, dans leur texture, presque tous les tissus ? Que peut-on espérer d'une analyse chimique appliquée en masse à tant de substances diverses ? On a parlé de corps gras et de cholestérine. La présence de cette dernière substance est digne de fixer l'attention, sans doute ; mais qu'y a-t-il de surprenant dans la présence de corps gras dans le poumon? Ne sait-on pas qu'il se dépose de la graisse entre les mailles de tous les tissus ?

M. Desportes, passant à des considérations sur la production de la graisse, fait remarquer que jamais la production des matières grasses n'est plus abondante dans l'économie animale que lorsque toutes les fonctions s'exécutent de la manière la plus normale, surtout la respiration et la digestion. Ainsi, chez les enfants, dit-il, la respiration est fréquente, vive, et chez eux les parties graisseuses sont en très-grande proportion. Aussi ne partage-t-il pas l'opinion émise par le rapporteur, que, dans les affections tuberculeuses du poumon, certains organes parenchymateux deviennent gras par suite de l'affaiblissement et de l'imperfection de la respiration.

Enfin, abordant la question de la transformation terreuse des tubercules pulmonaires, M. Desportes signale l'existence de petits corps morbides, en tout analogues aux tubercules, dans les parois artérielles, et il exprime le regret qu'on n'ait pas cherché à s'enquérir si les tubercules pulmonaires concordaient avec l'apparition, la composition et le mode de développement de ces productions morbides des artères.

M. Bussy : On a parlé de l'inconvénient qu'il y a à analyser les tissus en masse ; je n'ai qu'un mot à répondre à cela : c'est qu'il est impossible de faire autrement. L'analyse chimique n'est d'ailleurs qu'un procédé incomplet, insuffisant par lui-même : c'est un complément utile des dissections et des recherches microscopiques ; mais il ne faut pas lui demander plus qu'elle n'est à même de donner. Relativement au rapport signalé entre la matière grasse des poumons et la difficulté de la respiration, l'auteur n'a donné cela que comme un aperçu ; il n'a pas prétendu que ce fût un fait acquis. Il est certain qu'il a trouvé dans les poumons des phthisiques de la matière grasse en plus grande quantité que chez les sujets sains. L'analyse a en outre établi quelques rapports importants à constater : on sait, par exemple, maintenant, que les phthisiques rendent des crachats très-salés. Il faut donc accepter ces faits sans en tirer de conclusions prématurées. (Aux voix.)

M. Bégin demande la parole sur les conclusions. Il voudrait qu'au lieu de demander l'insertion, on se bornât à demander le renvoi au comité de publication.

Les conclusions, avec les modifications indiquées par M. Bégin, sont mises aux voix et adoptées.

Lèpre. — M. Tavernier présente deux enfants, l'un âgé de trois ans, l'autre de six mois, tous deux atteints de lèpre générale et congénitale. Un troisième enfant, issu des mêmes parents et d'un âge intermédiaire à celui de ces deux lépreux, est exempt de cette maladie. Les parents n'ont point été affectés.

SÉANCE DU 17 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Plaie du cerveau par arme à feu. — M. Dubois (d'Amiens), en l'absence de M. le Secrétaire perpétuel, donne communication de la correspondance ; elle comprend, entre autres pièces, une observation communiquée par M. Blaquière (du Mexique), relative à un cas de blessure du crâne par arme à feu, qui a présenté des circonstances insolites et très-curieuses. Il s'agit d'un jeune enfant qui, par suite d'une imprudence, fut frappé d'une balle de pistolet d'un fort calibre, qui l'atteignit à la tempe droite et sortit par la tempe du côté opposé. Un stylet porté dans chacune des deux plaies pénétrait à une profondeur de 20 lignes environ sans rencontrer aucun obstacle. Le petit malade vécut 20 jours sans éprouver d'autre accident qu'un peu de trouble dans le sommeil. Ses facultés intellectuelles étaient intactes, son caractère enjoué, comme à l'ordinaire. Le 21e jour, la scène change tout à coup ; il se manifeste de violents symptômes inflammatoires du cerveau, auxquels l'enfant succombe rapidement. A l'autopsie, on reconnaît que la balle avait traversé le cerveau de part en part à sa

base et qu'elle y avait produit des désordres considérables.

(Cette observation, accompagnée de réflexions et de commentaires, dont il n'est point donné lecture, est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Falret, Bégin et Laugier.)

M. Moreau demande dans quel état était la vision.

M. Dubois (d'Amiens) : Tous les organes des sens, ainsi que les facultés intellectuelles, avaient conservé leur intégrité.

M. Moreau : J'adresse cette question parce que j'ai été témoin d'un fait analogue, dans lequel la vision avait été seule anéantie : les facultés intellectuelles étaient restées intactes ; mais les nerfs optiques avaient été atteints.

M. Gaultier de Glaubry confirme le fait avancé par M. Moreau ; il a eu occasion de voir le malade en Espagne.

M. Dubois (d'Amiens) coupe court à toute discussion, en priant les membres qui auraient des réflexions à faire sur ce sujet de les réserver pour le rapport dont cette communication sera l'objet.

La parole est à M. Bouley pour un rapport officiel.

De la sécrétion de quelques follicules sébacés de la peau. — M. Delile, membre correspondant, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, lit un travail sur ce sujet.

En pressant, dit-il, entre deux lames de verre la matière extraite des pores de la peau du visage, principalement au nez, on découvre avec le microscope que ce qui paraissait à la vue simple n'être qu'une humeur épaissie de consistance sébacée est une agrégation de poils au milieu de cette humeur. On les fait sortir en petits cylindres vermiformes, appelés tannes, quand on presse assez fortement la peau entre deux ongles. Cette modification du système pileux, remarquée par peu d'observateurs, n'est pas suffisamment indiquée dans les ouvrages descriptifs les plus répandus. M. Delile s'est appliqué à éclairer ce sujet. Les filets ou poils parallèles, réunis en faisceau formant le corps d'une tanne, sont partiellement emboîtés d'étuis qui recouvrent leurs bulbes. La tige de chaque poil est de transparence cornée et est susceptible de se déchirer en fines lanières par écrasement dans une coupe grossière, tandis qu'un poil des sourcils, de la barbe, ou un cheveu, reste uni sur la tranche et montre un canal central tel qu'on ne le voit pas dans les poils microscopiques des tannes.

Les moindres tannes sur une belle peau sont composées de très-peu de poils, et quelquefois n'en contiennent même qu'un ou qu'une simple matière onctueuse utile à la souplesse de la peau.

On fait rarement sortir les paquets de poils des tannes avec les bulbes complets de tous les poils. Il est plus fréquent que les poils se déchirent en fines lanières par leur base molle, qui se sépare des bulbes et les laisse dans la crypte ou fossette existant dans l'épaisseur de la peau.

Les tannes appartiennent à toutes les peaux et gâtent quelquefois le visage par défaut de soins cosmétiques. En connaissant bien leur organisation, on est mieux sur la voie de remédier à l'inconvénient de leur trop grand développement. Elles ne deviennent une laideur que par négligence.

Polypes de l'oreille. — M. Bonnafond, membre correspondant, lit un mémoire sur les polypes de l'oreille. L'auteur a eu pour but de développer les propositions suivantes :

1° Les polypes de l'oreille se distinguent en ceux qui naissent sur les parois du conduit et ceux qui s'implantent sur la membrane du tympan. Les uns et les autres ne sont jamais que le résultat d'une altération plus ou moins grave des tissus sur lesquels ils se développent.

2° Quant à leur siége, M. Bonnafond a remarqué qu'on les rencontre beaucoup plus fréquemment aux environs de la membrane du tympan qu'à l'orifice du conduit, et que ceux qui adhèrent à la membrane ont un pédicule ordinairement plus large que ceux du conduit.

3° Quant à leur gravité, ceux dont le tissu est spongieux et saignant sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus graves que ceux dont le tissu est plus consistant, parce que les premiers indiquent toujours une altération des os. Dans ce cas, et comme toujours, les polypes ne présentent de gravité qu'en raison de la cause qui les produit, de l'obstacle qu'ils apportent à l'écoulement des matières qui viennent des points ulcérés, et de la compression qu'ils exercent, quand ils sont volumineux, sur les parois du conduit et surtout sur la membrane du tympan.

4° Pour le traitement, il emploie l'arrachement combiné avec la torsion contre les polypes des parois du conduit, tandis qu'il réserve la ligature, ou mieux l'excision, pour ceux qui sont affectés à la membrane. Quant à la cautérisation, M. Bonnafond la regarde comme impuissante pour détruire les polypes un peu volumineux. Toutes ces opérations sont pratiquées à l'aide d'instruments que l'auteur a imaginés, et qu'il promet de montrer à une séance prochaine.

5° Après l'opération, il cautérise avec le nitrate d'argent solide le pédicule, à l'aide d'un porte-caustique à cuiller latérale ou directe selon les cas, et il combat les ulcérations du conduit, de la membrane et même de la caisse, qui entretiennent l'affection, avec des injections de nitrate d'argent, d'acétate de plomb ou de sulfate d'alumine. Tout en employant ces moyens locaux, M. Bonnafond insiste pour qu'on soumette le malade à un traitement général approprié à la cause qui a pu déterminer l'affection de l'oreille sur laquelle le polype a pris naissance.

6° Enfin, M. Bonnafond termine cette lecture en relatant quelques phénomènes nerveux qui se manifestent pendant l'opération. Ainsi, quand le polype qui siége sur ou près de la membrane du tympan est légèrement attiré par une érigne, le malade éprouve une sensation qui longe le côté correspondant de la base de la langue, et qu'il compare à celle qui résulterait de l'application d'un corps froid et un peu aigrelet; tandis que cette sensation se change en une douleur très-vive pendant que l'instrument tranchant fait la section du polype. Si, après l'ablation de ce dernier, on porte le nitrate d'argent sur la plaie du pédicule, outre la douleur qui en résultera localement, le malade en éprouvera une très-vive à

l'angle externe de l'œil correspondant, laquelle se traduit par un écoulement des larmes et une rougeur de la conjonctive dans cet endroit. Les ramifications nerveuses rendent bien facile la transmission de ces douleurs. Mais pourquoi la cautérisation agit-elle sur les filets nerveux qui vont à l'œil, et la suture sur ceux qui se dirigent vers la langue? C'est là un fait intéressant que M. Bonnafond raconte sans chercher à l'expliquer.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Du système quarantenaire contre la peste. — M. Aubert-Roche adresse une lettre sur la peste, dans laquelle il rectifie plusieurs erreurs qu'il dit avoir été commises par M. Pariset dans le rapport que cet honorable académicien a fait récemment sur deux mémoires relatifs à la peste. Il considère comme entièrement controuvé le cas de peste qui se serait développé au lazaret de Marseille en 1819, après 20 jours de traversée, et sur le compte duquel la religion du rapporteur aurait été entièrement surprise. Il relève également une erreur de chiffre que le rapporteur aurait commise sur la durée des quarantaines en Angleterre. Quant à l'ordonnance récente qui abrège la durée de la quarantaine dans le port de Marseille pour les provenances d'Alexandrie, M. Aubert, tout en se félicitant de l'amélioration qui résulte de cette ordonnance, la croit néanmoins insuffisante pour nos intérêts nationaux.

Etiologie de la peste. — M. Hamont est appelé à la tribune pour une lecture. Il lit la première partie d'un travail sur la peste; elle a pour objet principal l'étiologie. Voici en résumé les idées de l'auteur sur cette grave question.

Dans le plan de travail que s'est tracé l'Académie royale de médecine, plusieurs questions capitales surgissent à la fois; toutes me paraissent devoir être soumises à son examen.

Pour éclaircir les points encore obscurs relatifs à la peste, l'intervention de la médecine est indispensable; son flambeau dissipera les ténèbres épaisses dont nous sommes environnés, et le législateur ne formulera ses décrets que lorsqu'un grand jour aura succédé à une nuit devenue malheureusement trop longue.

L'opinion publique, les besoins actuels de la société, les relations nouvelles qui s'établissent entre les peuples, assignent à l'Académie le rôle que spontanement elle a accepté : de veiller comme une sentinelle avancée à la santé générale.

Des contrées jadis éloignées se rapprochent, des combinaisons nouvelles se forment, sans que personne encore ait pu annoncer quelles en seraient les conséquences.

Mais écoutez ce que disent les peuples : Pourquoi ces lazarets, ces quarantaines? Pourquoi cette peste elle-même quand l'intelligence humaine marche à la conquête de l'univers, quand l'application de la vapeur au mouvement annulle l'espace?

Les peuples s'impatientent d'un obstacle qui paralyse leurs efforts, ils en demandent la suppression : c'est à vous, Messieurs, qu'appartient la mission de rechercher s'il n'est pas un moyen, non-seulement de se préserver du mal, mais de détruire à jamais ce fléau devant lequel s'est arrêtée l'industrie humaine.

Qu'est-ce que la peste? d'où vient-elle? qu'est-ce qui la fait naître? L'Europe doit-elle conserver ses lazarets, ou peut-elle les supprimer sans craindre pour la santé des peuples?

Avant de procéder à l'examen des questions capitales qui nous intéressent plus spécialement, nous, hommes de l'Europe, recherchons quelles sont les conditions physiques des habitants qui vivent dans la patrie de la peste, sur les bords du Nil, en Egypte.

Cette recherche est indispensable; elle nous conduira à la connaissance des causes qui produisent la peste, et si nous parvenons à la saisir à son berceau, peut-être nous sera-t-il possible alors d'anéantir un jour un fléau dont l'espèce humaine a eu tant à souffrir.

Aujourd'hui, personne ne le conteste, la peste est endémique en Egypte, mais dans les provinces basses, dans le Delta; jamais elle n'a pris naissance dans le Saïd ou Haute-Egypte.

Eh bien! dans ce Delta dont on vous a parlé, sur cette terre si fertile, si riche, existe-t-il des influences maladives? l'air y est-il impur? l'homme s'y trouve-t-il mal à l'aise? Oui. Mais ces influences maladives, mais cet air impur, mais ce malaise sont l'ouvrage de l'homme seul; car partout en Egypte la nature est belle, admirable; la Providence en avait fait un séjour qui semblait exclure ces maladies hideuses qui s'attachent à l'homme, l'étreignent et le tuent.

Ici M. Hamont fait un tableau effrayant de la situation du peuple égyptien; nous rapportons de son intéressant travail les passages les plus saillants.

Il semble, dit notre auteur, que l'habitant du Delta ait voulu préparer lui-même les causes de sa mort. Sa demeure, sa nourriture, son entourage, tout concourt au développement des maladies qui l'accablent. Sa maison, ou plutôt sa chaumière, il l'a construite avec de la boue sur les bords d'une mare, où pourrissent des charognes, les restes de quelques-uns de ses animaux domestiques.

Dans la hutte du fellah (agriculteur), les hommes, les femmes, les enfants couchent pêle-mêle sur la terre, ordinairement humide, et dont ils ne sont séparés que par une natte de joncs usée, pourrie, vermoulue.

Tout autour des habitations, vous marchez sur des tas d'excréments d'hommes, d'animaux, sur des tas d'ordures, de décombres, où des chiens affamés se disputent les chairs putréfiées d'un bœuf, d'une vache ou d'un chameau.

L'air qui a passé sur ces substances animales, qui a pris, pour les emporter avec lui, les émanations des cadavres, des effluves où grouillent des millions d'insectes, cet air compose pourtant la première nourriture du fellah!

Puis, tandis que pénètrent en lui les poisons dont il nourrit son corps nu des pieds à la tête, il sème dans la boue, travaille dans les rivières et dort auprès de son champ, d'où s'élèvent des miasmes qui le feront trembler bientôt, et lui ôteront, pour trois ou quatre mois, l'énergie qu'il pouvait conserver encore.

Les femmes du fellah, les enfants en bas-âge, s'ils n'assistent point le chef de la famille dans ses travaux champêtres, rassemblent, tout auprès de l'habitation commune, les excréments des bestiaux, ceux des hommes, et ces excréments, ils les pétrissent avec les pieds, avec les mains, pour en faire de larges rondelles peu épaisses qui leur servent de bois de chauffage.

Quand le travail ne presse point le fellah, il sort de son bouge, prend sa pipe, la remplit de tabac très-âcre, et va s'accroupir juste au milieu des matières putrides, sur un fumier, auprès d'une mare où la veille il a jeté des cadavres d'animaux, dont la décomposition annonce au voyageur éloigné la présence d'un village égyptien.

Les boucheries, les mosquées même, dit M. Hamont, sont des foyers d'infection ; mais ce qui nous a surtout frappé dans son mémoire, ce sont les détails qu'il donne sur l'état des cimetières. La description qu'en a faite M. Hamont, ce qu'il dit des usages adoptés en Egypte, fait frémir.

M. Hamont passe ensuite à l'examen de cette question : Quelle est la nourriture du fellah ? Nous rapportons textuellement : Le blé que cultive le fellah, jamais il n'y touche, il lui est défendu d'en user. La viande ! son maître, celui qui l'exploite, lui en donne, mais seulement de celle qui provient d'animaux malades, de bœufs, de buffles, de chameaux atteints de charbon, de dysenterie, de ces animaux dans le marasme, phthisiques, couverts d'ulcères, n'en pouvant plus. Et à quelle condition l'aura-t-il ? Forcément, en la payant; car son maître trouve bon de s'indemniser ainsi de la perte de son bétail. Son pain est fait avec du maïs; il se cuit mal, sous la cendre.

Du vieux fromage puant, délayé, semblable à de la chaux, du fromage où gisent des milliers de vers, des galettes faites avec des noyaux de dattes réduits en poudre, des feuilles de mauve, des oignons crus, des feuilles de radis, de fenugrec, des concombres, des melons d'eau sans saveur, des courges, des dattes vertes ou pourries, voilà l'alimentation ordinaire du fellah !

M. Hamont annonce, en terminant, qu'il donnera bientôt la seconde partie de ce travail.

Ce travail est renvoyé au comité de publication.

Taille sus-pubienne. — M. Ségalas communique un nouveau fait de taille sus-pubienne. Il place sous les yeux de l'Académie une pierre extraite par le haut appareil, et remarquable par son poids, qui est de 107 grammes, par sa forme générale, qui ressemble assez à celle d'un pain de savon disposé pour les mains, et surtout par les dents, les saillies coniques qu'elle offre sur différents points de sa surface, encore qu'elle paraisse, d'après sa couleur, être composée d'acide urique. M. Ségalas appelle l'attention de l'Académie sur ces espèces de pierres, à cause de deux circonstances que voici : d'abord le malade n'a jamais uriné le sang; et ensuite, après avoir commencé à souffrir à 9 ans et à éprouver plusieurs symptômes de pierre jusqu'à l'âge de quinze ans, il a cessé de souffrir à cette époque, et n'a plus guère souffert qu'il y a deux ans, à l'âge de trente-sept ans; de telle sorte que, pendant cet intervalle de vingt-deux années, il a pu mener une vie active, et même voyager, tantôt à cheval, tantôt en voiture.

Une fois les douleurs renouvelées, elles sont devenues de plus en plus vives, avec ce caractère de se faire sentir au périnée, et jamais au gland. Lorsque le malade a réclamé des soins, il était en proie à des douleurs intolérables; il était, en outre, atteint d'un catarrhe vésical et sujet à des accès de fièvre intermittente qui dataient d'une année.

M. Ségalas a tenté la lithotritie jusqu'à trois reprises, mais avec peu de succès, et il a pris le parti de recourir à la taille; elle a été pratiquée sans le moindre accident. La plaie a marché avec rapidité vers la guérison.

SÉANCE DU 1er OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Méthode nouvelle pour l'opération de la cataracte. — M. A. Bérard fait une série de rapports sur divers sujets de chirurgie.

Le premier a pour objet un instrument et un ensemble de moyens constituant une méthode nouvelle pour l'opération de la cataracte par extraction, imaginés et présentés par M. Bodinier. L'instrument dont il s'agit appartient à la classe des couteaux-aiguilles dont il existe déjà plusieurs modèles : il se compose d'un manche à l'extrémité duquel est fixée une aiguille, et d'un couteau qui se meut sur la face inférieure de l'aiguille. Celle-ci est d'une forme particulière; elle est ronde sur son dos et plus plate sur la face antérieure. Sa pointe est surmontée par un petit couteau triangulaire dont le talon tombe à angle droit sur le bord plat de l'aiguille.

La manière d'opérer de l'auteur constitue moins une méthode nouvelle, dit le rapporteur, qu'une combinaison de procédés différents. Elle offre, au point de vue théorique, des avantages et des inconvénients qui se balancent. Quant aux résultats, ils ont été heureux jusqu'à présent; mais ils ne sont pas assez nombreux pour asseoir des conclusions absolues.

En résumé, M. Bérard ne croit pas devoir formuler un jugement définitif sur la méthode proposée par M. Bodinier; mais il pense, toutefois, que les résultats qu'il en a obtenus sont assez satisfaisants pour encourager à faire de nouveaux perfectionnements. Il propose en conséquence, pour conclusions, d'adresser des remercîments à l'auteur de la communication. (Adopté.)

Instrument pour la pupille artificielle. — Le deuxième rapport est un travail de M. Callias (d'Andrinople), dont nous avons rendu compte lors de sa communication, et ayant pour titre : *Mémoire sur l'iridictomie circulaire, avec un nouvel iridictome.*

Le rapporteur signale quelques inconvénients à l'instrument proposé par M. Callias, et il pense que ces inconvénients empêcheront les chirurgiens de l'adopter, et qu'ils préféreront encore pratiquer la corectomie par la méthode généralement usitée. Quoi qu'il en soit, la construction de l'iridictome de M. Callias dénote un esprit ingénieux, et l'on doit lui savoir gré des efforts qu'il a faits pour rendre plus simple et plus sûre une opération aussi délicate que l'est celle de la pupille artificielle.

Conclusions : Remercîments à l'auteur, déposer honorablement son mémoire dans les archives. (Adopté.)

Expulsion spontanée de l'os hyoïde. — Le troisième rapport est relatif à une observation très-curieuse d'expulsion spontanée de l'os hyoïde, communiquée par M. Rozat (de Bordeaux.

Une demoiselle de 41 ans, d'une constitution rachitique, jouissait habituellement d'une bonne santé et était parfaitement réglée, lorsqu'à l'âge de 36 ans il se développa des engorgements glandulaires autour de la mâchoire inférieure. En même temps il se déclara un peu de toux et de la gêne dans la respiration. Malgré un traitement rationnel et parfaitement suivi, ces accidents allaient en augmentant. Il s'y joignit, après quelques années, des crachats tantôt filants, tantôt louches et épais, tantôt striés de sang ; il survint de temps en temps des accès de suffocation. Il y eut des sueurs colliquatives, et la malade tomba dans le marasme. Plus tard, elle devint aphone; elle éprouvait une douleur laryngée permanente, avec picotements continuels. Elle rendait souvent des crachats purulents qui n'étaient point précédés de toux : c'était une simple expuition qui succédait à une sensation de déchirure vers le gosier. L'état de cette demoiselle paraissait désespéré, lorsqu'un jour, éprouvant plus violemment que jamais des picotements insupportables et la sensation d'une déchirure dans le pharynx, des accès de suffocation et de la toux, elle rendit, au milieu d'une agitation convulsive générale, accompagnée d'envie de vomir, un os assez volumineux. Cette expuition eut lieu cinq ans après l'apparition des premiers accidents.

Un bien-être inexprimable succéda à cette scène ; tous les accidents ont peu à peu disparu. L'os expulsé, examiné avec soin, est évidemment l'hyoïde. L'auteur a joint à sa description un dessin qui ne laisse pas de doute sur la nature de l'os qui a été expulsé.

La forme du cou a été modifiée : la partie supérieure de cette région est aplatie et semble élargie. A la place qu'occupait l'os hyoïde, on sent au-dessous de la mâchoire inférieure, et un peu sur les côtés, une légère tuméfaction souple et comme élastique. Les ganglions lymphatiques ont repris leur volume normal. Il reste un certain embarras et de la gêne lors des mouvements de déglutition ; quant à l'aphonie, elle a cessé, et la voix a repris son timbre normal.

Conclusions : Renvoi au comité de publication et remercîments à l'auteur.

M. Blandin fait remarquer qu'on a employé dans le rapport l'expression de carie qui ne lui semble pas devoir convenir au cas dont il s'agit, qui est, suivant toute apparence, un cas de nécrose. Bien que cette expression ne soit pas du rapporteur, mais de l'auteur du mémoire, le rapporteur semble, en la maintenant, sanctionner l'opinion de ce dernier. Il désirerait que cette expression, qui lui paraît impropre, fût changée ou du moins rectifiée par une note.

M. Duméril parle dans le même sens.

M. Bérard déclare rester dans le doute à cet égard, n'ayant point vu la pièce. Il pense que l'expression peut être maintenue sans que l'opinion de l'Académie soit en cela nullement engagée.

Après ce petit incident, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Fonctions du système nerveux. — M. Castel monte à la tribune et lit le travail qui suit :

Messieurs, je viens vous offrir quelques réflexions sur les fonctions d'un système qui est l'un des deux principaux agents de la vie. Plus d'une fois j'ai reproché aux écrivains de notre époque de le considérer isolément et de ne point tenir assez de compte des influences auxquelles il est soumis. J'ai osé dire qu'il n'est point de phénomène physiologique dont on ne puisse rendre raison quand on comprend l'organisme. A cette occasion, je rappelais, dans une de nos précédentes séances, mon explication des contrastes observés dans la paralysie : j'en parlais avec des entrailles de père, lorsqu'un de nos collègues, M. Rochoux, a réclamé pour un savant professeur de l'Ecole de Montpellier la priorité de cette interprétation. Je suis allé à la recherche des titres de M. Lallemand ; dans son ouvrage fort instructif sur l'encéphale, il dit : « Toutes les fois que la paralysie n'a porté que sur le système musculaire, c'est qu'elle était faible ; ce qui se réduit à dire que la sensibilité persiste plus longtemps que la myotilité. Mais le mouvement volontaire d'un membre est le produit d'un acte spontané du cerveau ; la perception de l'impression produite à l'extrémité d'un nerf est un acte indépendant de la volonté..... Il est facile de concevoir que la partie du cerveau malade soit assez altérée pour ne pouvoir avoir une influence active sur les nerfs qui en dépendent, et pas assez pour qu'elle ne puisse plus recevoir l'impression qui lui est communiquée par ces mêmes nerfs. »

Galien avait dit : « Le sentiment est une impression ; le mouvement est un acte. *Quapropter ut quis moveatur opus est robore ; sed ut sentiat vel minima facultas sufficit.* »

Voici maintenant M. Castel : « Lorsque la myotilité seule est anéantie, il reste assez de puissance nerveuse pour suffire aux impressions, tandis qu'il n'en reste pas assez pour suffire aux mouvements. Pour qu'un muscle conserve la myotilité, il est nécessaire que la plus grande partie des filets nerveux qu'il reçoit soient en possession de la force qui leur est dévolue. Il suffit que cette force arrive à un seul des filets qui se distribuent à la peau, pour que celle-ci ne soit pas inaccessible aux impressions. Lorsqu'une congestion cérébrale se résout lentement, le retour de la sensibilité devance le retour de la myotilité. »

Messieurs, la sensibilité et un stimulus sont les premiers éléments de toute impression. Pour le mouvement, il en faut un troisième, la contractilité : s'il exige plus de puissance nerveuse qu'une sensation, ce n'est point à cause du rôle de la volonté ; car la volonté fait ici l'office d'un stimulus. Elle agit sur les muscles comme la lumière agit sur l'œil, comme le son agit sur l'oreille. Elle se comporte comme les autres stimulants. A quoi tient donc ce besoin d'une plus grande somme d'innervation dans l'exercice de la motilité? A ce qu'il est nécessaire que la contractilité intervienne. Et c'est là une des différences qui séparent mes explications de celles

qui avaient été publiées auparavant. Cependant, et je m'empresse de le reconnaître, les écrits de Galien et ceux du professeur de Montpellier offrent une ébauche de celle que j'ai donnée sur le mode de paralysie le plus ordinaire, celui dans lequel la sensibilité persiste. Quant aux autres modes, la dissemblance est grande ; elle est grande aussi sur le premier, quant aux preuves et aux déductions.

M. Lallemand a établi, sur l'anatomie, son opposition à la doctrine de Charles Bell (1); j'ai établi ma réfutation sur des rapprochements anatomiques et sur des rapprochements physiologiques, notamment sur celui-ci : « Par quel chemin la volonté arriverait-elle aux nerfs moteurs, s'ils étaient privés de sensibilité ? » Quel sera le refuge des sectateurs de Bell contre une objection fondée sur des lois immuables de l'organisme? Ils essaieront de prouver que la volonté ne doit point suivre une voie directe, qu'elle doit arriver par ricochet aux nerfs qui font mouvoir les muscles. Ils assimileront la volonté à un projectile. Comment les impressions morales mettraient-elles la myotilité en action, si elle était soumise à l'influence de nerfs exclusivement moteurs? La peur et l'ivresse enchaînent les mouvements des membres ; n'est-il pas évident que, dans la première, la sensibilité est accaparée par une impression, et que, dans la deuxième, elle est opprimée? Quand un son bruyant nous réveille d'un profond sommeil, nous nous levons en sursaut; est-ce la motilité qui entre seule ou la première en exercice?

La motilité n'est point une propriété ; c'est une faculté, comme toutes celles qui appartiennent à la vie de relation. Or, les facultés sont sous la dépendance d'une propriété commune. Elles ne doivent point être mises en opposition, en antagonisme avec une propriété. Des critiques ont appelé avec raison le théorème de Ch. Bell une mystification physiologique. Si la division qu'il propose est admise, les nerfs cesseront d'être un système. En effet, le mot système, appliqué à l'organisation, suppose uniformité dans les rapports, subordination à un principe. Cette généralisation est incommode pour les novateurs; c'est un frein dont ils cherchent à s'affranchir. L'expression de sensibilité les offusque ; ils la proscrivent, comme si elle n'était pas la première condition des sensations, affectant ainsi de la prédilection pour l'automatisme.

Puisque j'ai cité Galien, je veux avertir qu'on ne trouve dans ses œuvres aucune observation, aucun commentaire, aucune induction qui ait pu *avec justice* être invoqué à l'appui de la distinction des nerfs en deux ordres, dont chacun serait en possession d'une propriété exclusive. « Soient donnés deux nerfs (c'est Galien qui parle), l'un qui l'emporte en consistance, l'autre qui l'emporte en mollesse sur tous les autres. Supposez-en un troisième qui tienne le milieu entre ces deux extrêmes ; vous regarderez les nerfs durs comme plus aptes aux mouvements qu'aux sensations, et les nerfs mous comme plus aptes aux sensations qu'aux mouvements. Ceux qui tiennent le milieu sont moins propres au mouvement que ceux qui sont très-durs ; ils sont plus propres au mouvement que ceux qui sont très-mous.» Ici se présente une considération d'une haute portée, toujours omise ou toujours méconnue, savoir, que certains nerfs n'ont pas le pouvoir de transmettre au loin une stimulation, parce qu'ils n'ont point assez de consistance. Aussi les nerfs sensoriaux sont très-près du cerveau, sont presque continus avec le cerveau. C'est à la transmission de la stimulation que se rapporte ce passage de Galien : « Les sensations exigent un prolongement du cerveau qui ait plus de mollesse. Le mouvement exige un prolongement du cerveau qui ait plus de dureté. »

Il suit de là qu'un nerf mou, qui dans le lieu même de son origine ne jouit point de la force motrice, peut l'acquérir dans son trajet, s'il devient assez dur pour être le conducteur d'une stimulation ; mais il est évident que la propriété, qui est l'apanage de tout un système, reste en dehors de ces modifications.

« Les nerfs de la septième paire naissent là où le cerveau finit et où la moelle commence. Leur consistance est plus remarquable que celle des six premières paires ; mais comme la nature ne pouvait produire des nerfs durs à une petite distance du cerveau, et que, d'un autre côté, les nerfs qui se distribuent à la face, à la langue, au larynx, étaient destinés à faire mouvoir des muscles, elle a suppléé à leur consistance par leur nombre. » Que de réflexions naissent de la lecture de ce passage de Galien !

Il a déduit de la répartition des nerfs l'explication des diverses paralysies. Dans la paralysie du mouvement, ce sont les nerfs des muscles qui sont lésés; dans la paralysie du sentiment, ce sont les nerfs de la peau. Lorsque la lésion embrasse l'ensemble de ces nerfs, le mouvement et le sentiment sont anéantis à la fois. Ces déductions sont purement topographiques. Il dit ensuite que la paralysie d'un seul côté du corps, quand elle dépend d'une lésion de la moelle épinière, doit être attribuée à l'altération de la partie de la moelle qui répond à ce côté. Qui trouvera dans cette explication des données qui justifient l'hypothèse d'une démarcation tranchée entre la propriété du faisceau postérieur et la propriété du faisceau entéro-latéral? Voulez-vous quelque chose de plus significatif? « Un muscle dépouillé de la peau, dit Galien, ne reste jamais capable de mouvement s'il a perdu toute sensibilité. »

Les médecins qui soumettront ces considérations à une analyse exacte reconnaîtront qu'elles ne renferment aucune classification qui soit établie sur deux propriétés essentielles, sur une double nature de la substance médullaire des nerfs. Galien n'en a établi que sur la diversité de leur consistance, sur leur distribution, sur leurs usages. Voilà les seuls rapports sous lesquels on puisse dire qu'il est des nerfs qui sont plus aptes aux sensations, qu'il en est qui sont plus aptes au mouvement; cette appré-

(1) Depuis longtemps on avait observé des cas dans lesquels un membre avait perdu le mouvement, quoique la peau eût conservé la sensibilité : la plupart des auteurs qui ont parlé de ce phénomène ont supposé que les nerfs qui se rendent à la peau et ceux qui vont aux muscles étaient d'une nature différente et pouvaient être affectés isolément; mais cette explication ne peut être admise par ceux qui possèdent les plus simples notions d'anatomie. (Lallemand, tom. I, p. 273.)

ciation ne tient par aucun lien à la distinction moderne des nerfs en nerfs sensitifs et nerfs moteurs, distinction qui suppose dans les uns une propriété exclusive, et dans les autres une faculté indépendante de cette propriété ; distinction qui repousse toute connexion entre la myotilité et la sensibilité ; qui dépouille une partie des nerfs d'une propriété qui est le patrimoine de tous ; distinction qui suppose que les agents moraux peuvent faire mouvoir un muscle inaccessible aux sensations. Les conceptions de Galien sur les nerfs étonnent par leur justesse autant que par leur originalité ; elles sont un monument immortel de son génie créateur. Pour en faire un piédestal, il a fallu leur faire subir un travestissement : convenons pourtant que l'artifice, qui place une absurdité sous le patronage de nos premiers et illustres maîtres, offre un bon côté : il prouve du moins que l'antiquité n'a pas perdu tout son prestige.

Le cours d'une stimulation, la direction qu'elle suit, a lieu de la périphérie aux centres médullaires, et des centres médullaires à la périphérie, selon qu'elle est due à un agent physique ou qu'elle est due à un agent moral. Quand on pèse ses produits, on doit avoir égard, non-seulement à la nature du stimulant, mais aussi au lieu de son application. Ils ne sont pas identiques dans le trajet du nerf, dans son origine, dans ses extrémités. Si la susceptibilité eût été égale dans toutes les parties du nerf, il en serait résulté une sorte de diffusion, qui aurait empêché l'impression de parvenir aux centres, pleine et telle qu'elle avait été reçue par les extrémités nerveuses. La transmission en est d'autant plus prompte : 1° que les nerfs qui l'ont reçue ont des communications plus directes avec le cerveau ; 2° qu'ils possèdent une plus grande somme de sensibilité; 3° qu'ils ont plus de consistance. Tous les nerfs de la vie animale deviennent plus denses, plus résistants ; il en est même qui s'arrondissent, à mesure qu'ils s'éloignent de leur origine. Il n'est pas plus difficile de concevoir qu'un nerf soit un bon ou un mauvais conducteur d'une stimulation, que de concevoir qu'un corps est bon ou mauvais conducteur du calorique et de l'électricité. Partout la consistance de la substance médullaire est relative au trajet qu'une stimulation doit parcourir. A quelle fin eût servi dans le cerveau une densité pareille à celle des nerfs ? Il est le réceptacle des impressions, il n'en est point le conducteur ; mais la moelle épinière est le conducteur du stimulant le plus actif de tous (je dis le plus actif et non le plus énergique), la volonté ; elle devait donc avoir plus de consistance que le cerveau. Les extrémités d'un nerf en ont beaucoup moins que le reste du nerf ; elles se dépouillent de l'enveloppe que le nerf avait gardée jusque-là. La sensation est le début de leur rôle.

Comme la substance médullaire des nerfs est homogène dans sa nature, chaque nerf doit sentir; mais chaque nerf ne communique point toutes les stimulations qu'il a reçues. Si le cerveau a sa part dans toutes les impressions, c'est en tant qu'il est le point de départ, la source de la sensibilité ; et ce n'est pas qu'il soit le but que toutes atteignent, car il est beaucoup d'impressions qui ne deviennent point des perceptions. Les impressions de plaisir et de douleur sont toujours perçues par suite d'un surcroît d'excitation, qui n'existe point dans les impressions ordinaires. L'attention et la volonté sont les deux stimulants qui interviennent le plus souvent pour changer une impression en perception. De même que la volonté peut être l'auxiliaire des autres excitants, de même ceux-ci peuvent être les auxiliaires de la volonté ; ils peuvent même la subjuguer (exemple : les convulsions). Oserai-je dire que les organes qui jouissent d'une grande sensibilité sont les moins soumis à la volonté, les plus indisciplinables, parce qu'ils sont plus accessibles à toute sorte d'excitation ? L'iris se contracte sous le contact d'une trop vive lumière : ce n'est point dans l'occlusion qui en est la suite qu'il faut chercher le témoignage de son indépendance ; ce n'est point dans une sensibilité spéciale qu'il faut en chercher la cause, comme on le disait naguère dans cette enceinte ; c'est dans des proportions de sensibilité qui rendent l'iris fort susceptible. L'empire de la volonté n'est exclusif que sur la vie morale ; il n'est point absolu sur la vie intellectuelle, car l'attention, la réflexion, la mémoire même sont souvent provoquées par la volonté.

En résumé, recevoir une stimulation et la transmettre sont deux choses fort différentes. L'économie animale serait dans un état continu de perturbation, si les nerfs ganglionaires avaient autant de capacité pour transmettre qu'ils en ont pour recevoir. Ils sont mauvais conducteurs, à cause de leur mollesse qui se rapproche de celle des nerfs sensoriaux. Leur susceptibilité pour les impressions, leur influence sur la motilité est renfermée dans certaines limites. C'est de la tonicité plutôt que de la contractilité. Dans les organes capables de contractions énergiques, ils sont aidés par les nerfs cérébraux. S'il n'était par trop déraisonnable de prendre la racine d'un nerf pour tout un nerf, on pourrait établir sur une analogie de texture une analogie de fonctions entre la racine postérieure des nerfs rachidiens et les nerfs ganglionaires, expliquer par le peu de consistance de cette racine son peu d'aptitude à servir de conducteur à une irritation : elle est des deux racines la seule qui ait un ganglion. Mais à quoi bon rendre raison d'une impuissance de laquelle celle des nerfs nè peut être déduite que par un non-sens qui dépasse l'exagération la plus outrée ? Au reste, si de ce que l'irritation de la racine postérieure d'un nerf rachidien ne produit aucun mouvement, si de ce que l'irritation de la racine antérieure ne produit aucune sensation, on devait inférer qu'il existe des nerfs exclusivement sensitifs et des nerfs exclusivement moteurs, de ce que la branche postérieure et la branche antérieure de ces mêmes nerfs exercent cette double influence, on devrait inférer que tous les nerfs ont le pouvoir de faire sentir, que tous ont le pouvoir de faire mouvoir. Il serait même plus logique de déduire les attributs d'un nerf des attributs de ses deux branches, que de les déduire des attributs d'une seule de ses deux racines.

Messieurs, si, dans la discussion à laquelle je me suis livré, la haute opinion que j'ai de votre savoir ne m'a pas empêché de descendre à des notions élémentaires, c'est que, généralement, elles sont la

plus forte barrière qui puisse être opposée aux violences faites à une science.

M. Virey aurait désiré que M. Castel ne se fût pas borné aux faits qui concernent l'homme et les animaux supérieurs, mais qu'il eût généralisé ses propositions à tous les êtres organisés. S'il eût envisagé la question ainsi, il aurait été conduit à admettre, comme le disaient les anciens, une tonicité générale qui se modifie suivant les influences auxquelles elle est soumise, et à distinguer deux principes : le sensitif, exclusivement propre aux nerfs, et l'irritabilité, commune à tous les tissus, à ceux-là mêmes qui n'ont pas de fibres apparentes. C'est ce qu'on a désigné depuis Haller sous le nom de sensibilité organique. Il faut enfin reconnaître avec Stahl qu'il existe une tonicité générale et une tonicité spéciale; c'est à cette dernière propriété qu'on doit rapporter ce que j'appelle l'inflammation végétale ou cette sorte de tonicité que manifestent certains végétaux lorsqu'ils sont piqués par un insecte.

M. Londe : M. Castel, en reproduisant l'opinion de Galien, fait dépendre la sensibilité et la myotilité d'une proportion différente de l'action nerveuse. Cette explication est très-ingénieuse, sans doute, mais elle me paraît offrir plus d'une difficulté, entre autres celle-ci : c'est que les nerfs de la sensibilité sont plus gros que ceux de la myotilité. J'ajouterai que M. Castel n'a pas répondu à l'objection que lui a adressée M. Rochoux dans une des précédentes séances, tirée du fait de Lacondamine. On sait en outre qu'il est des cas où la myotilité est conservée, bien que la sensibilité soit entièrement abolie dans les muscles eux-mêmes. L'expression de mystification appliquée à la doctrine de Charles Bell paraîtra un peu leste.

M. Blandin : Nous ne pouvons laisser passer sans protestation les propositions de M. Castel. Cette lecture est une sorte d'anachronisme. Je crois qu'il serait inutile de rentrer, à ce sujet, dans une discussion qui a été longuement approfondie il y a quelques années, et qui a porté la conviction dans presque tous les esprits. C'est avec regret aussi que j'ai entendu M. Virey traiter la doctrine de Ch. Bell d'hypothèse. Cette doctrine est pour nous, aujourd'hui, une chose démontrée, je dirai presque un aphorisme.

M. Castel : C'est parce que la vérité de cette doctrine est loin d'être démontrée et que je la crois complétement erronée, que je m'oppose avec force à sa propagation. On parle toujours de racines nerveuses; mais qu'est-ce que la racine d'un nerf? Où commence-t-elle, où finit-elle? N'est-il pas singulier qu'on veuille conclure de ce qui se passe dans les racines nerveuses à ce qui a lieu dans le nerf lui-même. Si le nerf moteur n'était pas en même temps nerf sensitif, comment la volonté pourrait-elle agir sur lui? Je défie qu'on réponde à cette objection. On parle de vérité établie, d'expériences démonstratives; mais n'a t-on pas tenu le même langage pour tous les systèmes? Et qu'on me cite un système en médecine qui ait survécu.

M. Londe a rappelé le fait précédemment cité par M. Rochoux; mais personne n'a contesté que la myotilité pût être conservée alors que la sensibilité était anéantie, et *vice versa*. Ce fait a frappé, parce qu'il est effectivement singulier; mais il ne peut être invoqué contre ma manière de voir : d'ailleurs, j'en ai donné l'explication ailleurs.

M. Virey aurait voulu que j'étendisse mes propositions à tout le règne organique, au lieu de les restreindre à l'homme; mais je n'avais pas à faire un cours : il ne s'agissait nullement d'étudier ce qui se passe chez l'homme, je n'avais pas de raison pour aller au-delà.

M. Dupuy : J'ai été consulté pour un cheval qui avait tout un côté de la face paralysée. On avait cru à l'existence d'une affection cérébrale. Je dis que ce n'était point là la cause de l'accident observé, et je fis remarquer qu'il existait de petites tumeurs sur le siége du nerf facial, qui comprimaient ce nerf et donnaient lieu à la paralysie des muscles auxquels il se distribue. Je fis extirper ces tumeurs, la paralysie cessa; j'ai eu l'occasion de revoir depuis ce cheval, la guérison s'était parfaitement maintenue. J'ai été témoin d'un autre cas semblable, à l'occasion duquel j'ai pu me convaincre que le nerf facial n'était point sensible; on pouvait le piquer, le déchirer à volonté sans produire de la douleur : si l'on piquait, au contraire, un des filets du trifacial, l'animal accusait des douleurs extrêmement vives. Mais les expériences de ce genre sont très-délicates et demandent à être faites avec un grand soin. Si l'on n'y prend garde et qu'on pique un des filets du trifacial, tandis qu'on ne croit toucher que le nerf facial, il y a de la douleur et par suite une confusion dans les résultats.

M. Blandin : Il existe dans la science un grand nombre de faits semblables à ceux que vient de rappeler M. Dupuy. De tous les faits d'anatomie pathologique, il n'en est pas un seul qui soit contraire à la doctrine de Charles Bell; les expériences concluent toutes dans le même sens; l'observation fournit un grand nombre de faits pathologiques qui lui sont également favorables; en un mot, la doctrine dont il s'agit ne me paraît pas sérieusement attaquable; elle est adoptée par l'Académie tout entière, elle n'a en ce moment d'autre adversaire que M. Castel. Je crois que, nonobstant son opposition, elle continuera à être accréditée dans la science.

M. Velpeau : Je crois que l'Académie perdrait son temps à vouloir lutter contre les convictions de M. Castel. Il récuse les faits. Cependant, je ferai remarquer que lorsque M. Castel trouve des faits qui paraissent favorables à sa doctrine, il sait très-bien les invoquer; mais il n'est pas toujours heureux dans le choix qu'il en fait. Par exemple, il a dit que les nerfs ganglionaires n'étaient pas de bons conducteurs de la sensibilité, et il a attribué cela à ce que ces nerfs sont mous. C'est une erreur; car la pulpe des nerfs ganglionaires est plus consistante que celle des nerfs rachidiens.

M. Castel : Les personnes qui ont cherché les premières à accréditer la doctrine de Ch. Bell ont voulu s'appuyer sur des autorités, et elles ont fait parade de noms; elles ont invoqué Galien, j'ai dû les réfuter par Galien lui-même. M. Velpeau me reproche d'avoir voulu rapprocher les nerfs ganglionaires des nerfs sensoriaux; ce n'est point moi qui ai fait ce rapprochement, c'est Bichat, et après lui presque tous les anatomistes.

M. Castel termine par une petite allocution dans laquelle il s'excuse de la véhémence qu'il a pu apporter dans cette discussion. Cette véhémence, dit-il, ne convient pas à mon âge, ni à mon caractère, mais elle m'est inspirée par une conviction profonde. Je suis vieux, et il me serait agréable, je l'avoue, avant de mourir, de vous faire tous médecins. (Hilarité générale.)

Peste. — M. Rochoux lit une petite note sur la peste, en réponse au travail que M. Hamont a lu dans la précédente séance. M. Rochoux, reconnaissant l'exactitude si énergique que M. Hamont a faite des conditions d'insalubrité de l'Egypte, tourne ces mêmes faits en argument contre l'idée que la peste aurait pour origine la contagion. A mes yeux, dit-il, les faits signalés par M. Hamont sont tout ce qu'il y a de plus propre à faire connaître l'absurdité de nos mesures sanitaires. Comme première conclusion à tirer de sa lecture, je dirai dès à présent : Il faut supprimer les cordons sanitaires, les lazarets, les quarantaines, voire même la purge.

F. NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

De la catalepsie, de l'extase et de l'hystérie. Thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 25 janvier 1844 ; par M. Favrot, docteur en médecine, ex-interne des hôpitaux de Paris.

(Annales médico-psychologiques, septembre 1844.)

Dans le mois de janvier dernier, une thèse ayant pour titre : *De la Catalepsie, de l'Extase et de l'Hystérie*, a été soutenue devant la Faculté de médecine par M. Favrot.

Pour être traité dans sa totalité, un sujet d'une étendue aussi grande aurait demandé des volumes, et l'auteur a été obligé de se restreindre aux modestes proportions d'une thèse inaugurale ; aussi serons-nous forcé de lui faire, dès le début, un reproche sur l'ensemble de son travail : M. Favrot aurait pu se borner à traiter avec détail la catalepsie, qui lui était désignée par la Faculté, d'autant plus qu'elle suffit certainement à elle seule aux frais d'une thèse.

En voyant le titre de ce travail : *De la Catalepsie, de l'Extase et de l'Hystérie*, et cette phrase de l'introduction : « *Je me suis borné principalement à examiner la catalepsie dans ses rapports avec l'extase et l'hystérie*, » nous ne nous attendions certes pas à trouver une histoire complète de chacune de ces maladies ; mais ce que nous croyions rencontrer, ce que nous avons cherché en vain, c'est une comparaison, un rapprochement entre ces trois maladies, c'est un diagnostic différentiel.

Le temps a manqué à M. Favrot, nous le savons ; des circonstances particulières l'ont forcé à livrer son travail au public avant d'avoir eu le temps d'en tirer tout le parti possible. Nous savons, en outre, que M. Favrot continue ses recherches sur les maladies nerveuses : aussi bornerons-nous là nos critiques sur l'ensemble de la thèse, et ne lui ferons-nous pas un grand reproche de n'avoir pas profité, autant qu'il aurait pu le faire, des observations qu'il avait entre les mains.

A côté du blâme que nous regrettons d'avoir été obligé d'émettre, nous devons aussi placer des éloges. Ce travail a nécessité des recherches très-nombreuses et difficiles, et l'auteur a su rassembler une collection d'observations très-intéressantes ; il en cite un nombre très-considérable ; il en a formé un véritable recueil, destiné à faciliter des travaux qui seraient faits dans la même voie.

Passons immédiatement à l'analyse de cette thèse ; nous chercherons à la rendre très-courte, voulant citer *in extenso* quelques observations qui nous ont paru dignes d'intérêt et qui, ayant été recueillies par M. Favrot lui-même, n'ont pas encore été publiées.

De la catalepsie.

Chap. Ier. — M. Favrot commence par donner la synonymie de la catalepsie ; puis, passant à la définition, il cite successivement celles qui ont été données par Boërhaave, Dionis, Pétetin, Tissot, Sauvages, Bourdin, Georget, et enfin il propose lui-même la définition suivante :

La catalepsie est une affection du cerveau intermittente, apyrétique, caractérisée par des attaques de durée variable, dans lesquelles il y a presque toujours suspension plus ou moins complète de la sensibilité et de l'entendement, avec raideur comme tétanique, générale ou partielle, du système musculaire, et aptitude des muscles de la vie animale à recevoir et à garder les différents degrés de contraction qu'on leur imprime.

Chap. II, — *Causes prédisposantes.* Tempérament nerveux, tristesse, mélancolie, aménorrhée, masturbation, présence de vers dans l'intestin, âge adulte, hérédité, rêves. Suivent huit observations dans lesquelles chacune de ces causes a eu son action, à l'exception toutefois de la masturbation. On l'a citée comme cause de catalepsie, mais personne n'en rapporte de faits.

Chap. III. — *Causes excitantes ou déterminantes.* Frayeur, chagrin, colère, indignation, amour, méditations profondes, habitude de la contemplation, extase, hystérie, fanatisme religieux, persécutions.

A l'appui de ce qu'il avance dans ce chapitre, M. Favrot cite quatorze observations.

Chap. IV. — *Symptômes.* Symptômes précurseurs, symptômes de l'accès.

1° *Symptômes précurseurs.* Tantôt ils existent, tantôt ils n'existent pas. La catalepsie, résultat d'une vive émotion morale, survient généralement tout à coup, tandis que si les accès tendent à se répéter, on remarque une série plus ou moins complète de symptômes précurseurs.

M. Favrot cite plusieurs cas où l'on pourrait croire à une véritable *aura cataleptica*, comme on voit quelquefois une *aura epileptica ;* ainsi il parle d'une jeune fille qui avait une douleur exclusivement bornée au coude. Du reste, ces symptômes précurseurs sont en nombre infini, et pour les citer tous , il faudrait passer en revue tous les organes, car tous peuvent présenter des troubles avant l'accès.

2° *Symptômes de l'accès.* Les symptômes de l'accès peuvent se résumer ainsi : abolition complète de la sensibilité, de l'intelligence et des sens ; contraction musculaire telle que le sujet garde la position qu'il avait au début de l'accès, et qu'il est susceptible de conserver toutes celles qu'on lui donne.

La calorification est tantôt diminuée, tantôt augmentée. La circulation est plutôt diminuée qu'augmentée. La respiration est ralentie et moins sensible ; les sécrétions ne sont pas troublées.

3° *Symptômes consécutifs.* Le plus souvent la maladie se termine sans laisser de traces, mais quelquefois, à la suite des accès, restent de la céphalalgie et de la morosité. Quand la maladie dure trop longtemps, elle peut entraîner le marasme, ou déterminer l'idiotie.

M. Favrot termine la catalepsie par deux séries d'observations : dans l'une, se trouvent les cas de catalepsie simple, quoique présentant quelques caractères particuliers ; dans l'autre, il a réuni quelques cas de catalepsie compliquée d'hystérie, d'épilepsie, de chorée, d'extase et de somnambulisme. L'auteur en a fait son cinquième chapitre.

Dans la première série, il y a une observation très-curieuse , en ce que la malade qui en fait le sujet avait conservé l'intelligence et la sensibilité. Cette observation, recueillie par M. Favrot lui-même, mérite d'être citée entièrement. Je rapporterai également une observation de catalepsie compliquée d'hystérie et d'épilepsie.

Obs. XXV. — « Mademoiselle Amélie X., appartenant à la classe aisée de la société, âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament nerveux et irritable, ne fut jamais bien réglée et pour le temps et pour la quantité. A la fin du mois de janvier 1843, cette jeune personne fut prise subitement, à la suite d'une vive contrariété, au milieu d'une conversation avec son père, d'un état extatique, compliqué plus tard de catalepsie. Les phénomènes suivants furent remarqués : yeux fixes, mâchoires contractées, raideur générale des membres et du tronc.

« Cette demoiselle était assise, le menton appuyé dans la main , le coude sur les genoux , paraissant prêter la plus vive attention à certaines observations de son père. Cependant elle laissait sans réponse les questions qu'il lui adressait. Étonné de ce silence, il crut qu'elle s'était endormie, et se leva pour la tirer de cette espèce de sommeil. Aussitôt mademoiselle X. quitta sa position et voulut faire quelques pas ; mais sa démarche fut si singulière, que son père se précipita vers elle pour la soutenir ; presque aussitôt, elle tomba entre ses bras, raide comme un morceau de bois, m'a-t-il dit. On la transporta dans son lit ; tous les moyens employés pour lui faire reprendre connaissance furent inutiles. Mon père, médecin de cette maison depuis longtemps, avait déjà saigné cette demoiselle pour une pleurésie ; il fut appelé : j'obtins de l'accompagner dans ses visites. Voici le résultat de mes observations :

« Le premier jour, décubitus dorsal, facies rouge et animé, contracté ; yeux grandement ouverts, globe oculaire tourné en haut, mâchoires fortement serrées, raideur tétanique des membres thoraciques et abdominaux, perte de la parole, abolition apparente des sens et de la sensibilité, intelligence conservée ; le pouls battait 50 pulsations.

« L'auscultation, pratiquée sur la partie antérieure de la poitrine, me fit entendre le murmure vésiculaire dans toute l'étendue , mais beaucoup plus faible qu'à l'état normal.

« Les bras conservaient la position que je leur donnais pendant une demi-heure ; je ne pouvais tenir les miens plus de trois minutes dans cette même attitude : mêmes phénomènes pour les membres inférieurs. L'état de catalepsie était donc général.

« Les règles, qui avaient paru le matin même, ne furent point arrêtées. Mon père prescrivit des sinapismes aux extrémités inférieures ; potion calmante ; eau de tilleul pour boisson ; cataplasmes sur le bas-ventre, afin d'essayer d'entretenir leur libre écoulement.

« Sur les dix heures du soir, il y eut un léger mouvement volontaire du pied gauche ; le sinapisme laissé trop longtemps y avait déterminé des phlyctènes.

« Le lendemain matin , le pouls était remonté à 60 pulsations ; la respiration était toujours assez faible, la figure plus calme ; le trismus des mâchoires persistait ; l'état de catalepsie était toujours général ; les règles, peu abondantes, continuaient cependant à couler.

« Même traitement.

« Le soir, le pouls marquait 60 pulsations. Pas de modification dans les phenomènes.

« Le troisième jour, la contraction des membres thoraciques et des muscles du tronc cessa pendant près de deux heures. La malade en profita pour demander un prêtre. La façon dont elle s'y prit est assez singulière pour que je la rapporte. Le portrait d'un de ses parents, appartenant à un ordre religieux, était suspendu au chevet de son lit ; à plusieurs reprises, elle l'indiqua avec la main , on fut longtemps sans la comprendre ; enfin, une de ses sœurs lui ayant demandé si elle voulait un prêtre, elle fit un signe de tête affirmatif.

« Il demeura près de deux heures avec elle ; il faisait les demandes, et la malade répondait par des signes de tête.

« Peu après sa sortie, il se manifesta un nouvel accès occasionné par l'émotion , et peut-être aussi par la fatigue ; le soir, nous trouvâmes mademoiselle X. dans le même état qu'à notre première visite.

« Le quatrième jour, les règles continuent ; le facies est moins animé, il indique la souffrance et la fatigue ; la raideur tétanique abandonne les muscles du tronc ; on peut soulever la malade sur son séant ; les bras sont fortement pressés sur la poi-

trine ; on parvient avec peine à les écarter du tronc ; ils conservent la position qu'on leur a donnée ; les jambes sont toujours raides et étendues ; elles demeurent moins longtemps dans l'état qu'on leur imprime, et retombent au bout de cinq à six minutes.

« La nuit, la malade restant toujours dans le même état, et les yeux ouverts, on ne put nous dire si elle prenait du repos.—Prescription (*idem*), à l'exception des sinapismes.

« Le soir, encore un peu de raideur dans les membres; mais ils ne conservent plus la position qu'on leur donne ; les muscles du tronc paraissent libres ; la malade peut être facilement soulevée ; elle répond par gestes de tête : persistance du trismus de la mâchoire ; regard fixe ; le pouls bat 60 pulsations très-petites ; la respiration est très-faible. Quelques cuillerées de bouillon sont introduites pour la première fois malgré l'état de contraction.

« Le cinquième jour, l'état de raideur n'est plus que temporaire dans les membres. Les moments où les mouvements sont libres deviennent de plus en plus longs ; mademoiselle Amélie se met d'elle-même sur son séant ; l'intelligence est très-lucide. Je demandai à la malade si elle avait entendu ce qu'on disait autour d'elle les jours précédents ; elle me fit signe que oui; si, lorsque nous l'avions pincée, elle avait éprouvé de la douleur ; elle fit un signe très-affirmatif ; puis elle demanda un crayon, du papier, et m'écrivit : « Il m'était impossible de remuer ; on aurait approché de moi un fer rouge que je n'aurais pu m'éloigner. »

« J'essayai alors de lui abaisser la mâchoire inférieure, je ne pus y parvenir ; elle se mit à pleurer, eut un accès de mélancolie, et me fit signe de la laisser seule.

« Cependant elle prenait quelques cuillerées de bouillon.

« Le sixième jour, la malade voulut se lever, on la fit asseoir dans une bergère ; peu de temps après, elle se recoucha.

« Le soir, à l'heure du dîner, on la transporta sur ce fauteuil près de la table, elle chercha machinalement à imiter les convives, et put, à son grand étonnement, ouvrir la bouche. Aussitôt elle pousse un cri de satisfaction, et l'émotion fut telle, qu'une petite crise survint, et la durée de son bonheur fut au plus d'une seconde.

« Le septième jour, pas de modification dans l'état des mâchoires ; il n'y a plus de mouvements tétaniques du tronc et des membres.

« Le huitième jour, la malade peut ouvrir par moments la bouche et faire usage de la parole ; son bonheur est très-vif. Elle prend des aliments plus substantiels qui passent bien. Pendant plus de huit jours encore, elle fut sujette à avoir, au moment où elle s'y attendait le moins, de nouvelles contractions de la mâchoire dont la durée était variable. La moindre contrariété provoquait de nouvelles crises.

« Mademoiselle Amélie X. jouit maintenant d'une bonne santé ; la menstruation est régulière ; nulle apparence de nouveaux accès ne s'est manifestée depuis bientôt un an qu'est survenu cet état de catalepsie. J'ajouterai que mon père l'engagea à aller faire sa convalescence à la campagne, où elle est restée plus de deux mois. »

Obs. XXXI. — *Catalepsie avec hystérie et épilepsie.* — « Virginie-Thérèse, âgée de vingt-trois ans, fille naturelle, née à Chartres, est d'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatico-sanguin, et d'un embonpoint médiocre ; elle a servi depuis l'âge de dix-huit ans comme fille d'auberge à Ecrône, département de Seine-et-Oise. Réglée dès l'âge de treize ans, cette fonction s'est accomplie d'une manière régulière jusqu'à dix-huit ans. A ce moment, elle se dérangea, et les digestions devinrent laborieuses. La malade paraît attribuer ce dérangement aux mauvais traitements qu'elle a subis dans la maison où elle servait.

« Elle éprouva, en 1838, sans pouvoir la rapporter à aucune cause directe, une première attaque d'hystérie. Suivant son récit, elle eut d'abord de la céphalalgie, des étourdissements, quelques éblouissements ; puis tomba à terre sans perdre connaissance, mais aussi sans pouvoir exécuter un seul mouvement ou proférer une parole. Cet état dura une demi-heure environ.

« Huit mois après, elle eut une deuxième attaque, et fut sujette, dans l'intervalle, à avoir de la céphalalgie, des vomissements, du météorisme et des étourdissements. Les règles continuèrent néanmoins, mais elles étaient irrégulières et peu abondantes.

« Il s'écoula quatorze mois entre la deuxième et la troisième attaque. La menstruation devint alors très-irrégulière, et plusieurs fois on lui fit prendre des emménagogues pour rétablir cette fonction.

« Un intervalle de temps plus long que les précédents sépare la troisième de la quatrième attaque.

« Aux mois d'avril et de mai, celles-ci reparurent beaucoup plus fréquemment ; la malade passait rarement un jour sans en avoir, et c'était ordinairement entre cinq et six heures du soir.

« Au mois de juin 1842, ses maîtres l'envoyèrent à Paris pour y recevoir les soins convenables à sa maladie. On la plaça à l'Hôtel-Dieu (annexe), dans le service de M. Legroux, où elle présenta, comme symptômes, des vomissements et du météorisme fréquents, mais point d'attaques d'hystérie.

« Après un séjour de six semaines, elle demanda sa sortie, sinon guérie, du moins assez soulagée en apparence pour se remettre en place dans une autre maison, encore à la campagne ; mais presque aussitôt les vomissements reparurent, ainsi que de nouvelles attaques. Renvoyée une seconde fois à Paris, elle entra dans le service de M. Rostan, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, n° 7, le 6 avril 1843.

« A son arrivée à l'hôpital, elle se plaignait d'insomnie, d'éblouissements, de fourmillements dans les bras et les jambes ; elle disait éprouver parfois, et surtout quand elle mangeait, un sentiment d'étouffement et de strangulation. Parfois aussi son ventre se ballonnait et devenait très-douloureux à la pression ; mais toutes les réponses furent si difficiles à obtenir, souvent même si contradictoires, la physionomie si singulière, que, s'il n'était pas douteux qu'il y eût chez elle de l'hystérie ou de l'épilepsie, on pouvait soupçonner aussi un commencement de démence, ou du moins une affection

simulée : telle fut la pensée qu'eut M. le professeur Rostan, la première fois qu'il vit la malade.

« Elle était habituellement constipée, mangeait peu, et vomissait presque tous les aliments qu'elle essaya de prendre les premiers jours, sans présenter d'ailleurs une réaction quelconque.

« La première indication parut être fournie par l'état de la menstruation : aussi fit-on une application de sangsues à la partie interne des cuisses ; mais elle fut sans résultat.

Quelques jours plus tard, les vomissements étant devenus opiniâtres, et quelques soupçons de pléthore cérébrale s'y étant ajoutés, on pratiqua une saignée qui ne procura que peu de soulagement. On essaya inutilement à plusieurs reprises de purger avec l'huile de ricin, qui fut rejetée chaque fois presque aussitôt après l'ingestion. Un premier vésicatoire volant, appliqué sur la région épigastrique, sembla arrêter les vomissements. Quelques jours après, ils reparurent. On eut alors recours à l'application d'un second ; mais il fut sans résultat efficace.

« Quinze jours environ après son entrée dans les salles, eut lieu la première attaque : elle fut convulsive, se répéta assez fréquemment pendant l'espace de deux jours ; mais chacun des accès était de peu de durée, et séparé du suivant par une espèce de sommeil léthargique. Un intervalle de temps assez long sépara celui-ci des autres ; mais ce qui a de l'importance, c'est que le hoquet, le ballonnement du ventre, et surtout les vomissements, devinrent habituels ou du moins très-fréquents.

« La belladone, qu'on donnait depuis quelque temps contre les attaques, fut suspendue et remplacée par du sous-nitrate de bismuth, qu'on administrait à l'intérieur, en même temps que deux autres vésicatoires furent appliqués à la partie inférieure des jambes. Sous l'influence de cette médication, les vomissements devinrent moins fréquents, mais les attaques reparurent. Enfin, vers le mois de juin, les vomissements avaient complétement disparu, mais étaient remplacés par des attaques qui, généralement, se renouvelaient plusieurs fois par jour.

« Voici ce que nous avons observé au sujet de ces dernières :

« La malade est ordinairement avertie de l'invasion prochaine d'un accès par un trouble particulier dans la vue, et surtout par la sensation de mouvements très-rapides dans les globes oculaires. Quelquefois aussi elle est prise de céphalalgie, d'éblouissements, de douleurs dans les membres, qui se font sentir exclusivement dans le coude, et se rapprochent ainsi de certaines formes de l'aura epileptica. Ordinairement elle peut gagner son lit ; mais souvent aussi cela lui est rendu impossible par une faiblesse des membres inférieurs qui la prend subitement, et ne lui laisse que tout juste assez de temps et de force pour se coucher à terre et se garantir d'une chute violente.

« Chose étrange ! si l'on se trouve auprès d'elle quand elle est prise de ces symptômes précurseurs, et que l'on fixe son attention par des questions pressantes, on peut retarder l'invasion de l'attaque, mais non sans qu'elle éprouve un malaise très-considérable, qui lui fait aspirer le moment où elle pourra y céder. Et, en effet, elle perd connaissance aussitôt que l'on s'éloigne d'elle. Dans ces attaques, il y a constamment perte complète de la sensibilité, de l'intelligence, des mouvements volontaires, et abolition des sens. Les paupières sont habituellement fermées : la figure n'est pas décomposée; le décubitus est plus souvent dorsal. A cela se bornent quelquefois tous les symptômes.

« Cet état ressemble alors à un véritable sommeil ; et si pendant ce sommeil on imprime à la main, à l'avant-bras, ou au membre supérieur tout entier, un mouvement, et qu'ensuite, après l'avoir soutenu pendant quelques secondes, on l'abandonne à lui-même, il conserve cette position pendant un temps beaucoup plus long que ne le pourrait supporter une personne très-robuste, après lequel il retombe de lui-même, tantôt brusquement, tantôt lentement, et comme si les muscles ne cédaient qu'en résistant à une force supérieure. Les bras seuls sont susceptibles de ces mouvements cataleptiques, que nous avons en vain essayé de provoquer aux membres inférieurs, au tronc et à la tête. Toutes les fois que la malade est calme et dans le sommeil extatique que nous venons de signaler, on peut reproduire ces mouvements cataleptiques. Quelques personnes, qui observaient la malade, ont essayé à plusieurs reprises de conserver différentes positions volontaires, beaucoup moins exagérées que celles qu'elles imprimaient elles-mêmes préalablement à la malade; mais force leur fut toujours de se rendre, alors qu'elle conservait bien longtemps encore après elles son immobilité.

« Cet état de sommeil n'est pas le seul qu'elle présente dans les accès. Souvent cette tranquillité est interrompue par des mouvements de pandiculation, des bâillements, comme si elle allait sortir de son sommeil, et la plupart du temps cela n'a pas lieu.

« D'autres fois, elle porte la main à son cou, comme si elle voulait en distraire un corps qui la gêne ou qui l'étrangle. Un peu plus tard, elle exécute des mouvements, fréquemment répétés et bruyants, de déglutition.

« A d'autres moments, c'est un hoquet plus ou moins prolongé ; ce sont des éructations ; et que tous les mouvements précédents aient lieu ou non, il n'est pas rare de trouver le ventre considérablement ballonné.

« Puis elle se plaint, fait entendre un cri particulier qui rappelle le gloussement de la poule, et sa figure restant calme, une salive abondante et écumeuse est rejetée de sa bouche, et vient couvrir les commissures de l'un ou de l'autre côté de la face.

« Toutefois, il est rare qu'une attaque se termine sans qu'il y ait eu quelques mouvements convulsifs. Le plus souvent, ceux-ci sont cloniques, véritablement hystériformes, excentriques, et peuvent être assez forts pour que plusieurs personnes aient peine à contenir la malade, qui, dans beaucoup d'attaques moins violentes, peut être impunément abandonnée à elle-même, sans craindre qu'elle tombe de son lit. Ces accès peuvent même se réduire

à une simple agitation qui ne mérite pas le nom de convulsion.

« Nous avons vu aussi la malade à terre, se transporter d'une partie de la salle à l'autre par des mouvements réguliers de reptation latérale.

« D'autres fois, les mouvements convulsifs sont plutôt toniques, tantôt bornés à la contracture d'un ou de plusieurs membres, tantôt étendus à tout le système musculaire, et en quelque sorte concentriques ou tétaniques. C'est ainsi que quelquefois, la tête et les talons servant d'appui, le tronc ou l'un des côtés prend la forme d'un arc dont la partie antérieure forme la courbure.

« Les phénomènes que nous venons de décrire se combinent de différentes manières, et composent ainsi des attaques plus ou moins variées.

« L'attaque terminée (sa durée, fort variable, peut être de dix minutes à trois heures), la malade revient à elle-même tout d'un coup, sans avoir éprouvé de fatigue bien réelle, sans la moindre propension au sommeil, et sans aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant celle-ci. Elle éprouve encore, dans l'intervalle des attaques, quelques-uns des phénomènes cérébraux dont il a été question en commençant; et, parmi ceux d'un ordre plus franchement hystérique, le hoquet, le vomissement et le sentiment de strangulation se montrent encore assez souvent.

« D'ailleurs, le cours des règles, depuis deux mois, paraît s'être rétabli; les digestions sont meilleures, malgré des vomissements encore assez fréquents, et la malade a pris de l'embonpoint pendant son séjour à l'hôpital.

« L'intelligence paraît un peu plus lucide que les premiers jours. La mémoire est toujours assez faible; mais les soupçons de démence, établis les premiers jours, sont complétement dissipés. »

De l'extase.

M. Calmeil a admis deux sortes d'extases : l'extase mystique et l'extase cataleptique. M. Favrot propose d'y ajouter l'extase somnambulique ou avec don de prophétie, et à l'appui de son opinion il présente les prophètes du moyen-âge et ceux du XVIIe siècle. Je ne serai pas tout à fait de l'avis de M. Favrot. Je crois que ces prophètes ne l'ont été que dans l'imagination de leurs contemporains, et que souvent quelques paroles prononcées dans le délire ont reçu une application qu'elles ne méritaient pas.

1° *Extase simple ou mystique.* Dans cette forme d'extase, l'attention venant à se concentrer sur un seul objet, les sens finissent par se fermer complétement aux impressions du dehors.

La cause qui lui donne naissance est l'amour de la poésie, des beaux-arts, de la religion.

Son développement est progressif, sa durée très-courte.

2° *Extase cataleptique.* Il est et sera longtemps difficile de la distinguer de la catalepsie, dit M. Favrot. Rien en effet, dans son travail, ne peut les faire distinguer; il cite plusieurs exemples qui peuvent aussi bien s'appliquer à la catalepsie qu'à l'extase.

3° *Extase somnambulique.* Dans cette classe, l'auteur fait rentrer tous les cas où les malades sont absorbés par leurs idées et croient s'entretenir avec des êtres surnaturels, ou voir des êtres ou des objets absents. Je crois que M. Favrot a renfermé dans ce chapitre un grand nombre de cas d'hallucinations véritables et même des accès de manie. C'est au moins ce que j'ai compris d'après la définition qu'il donne de l'extase avec somnambulisme. Quant aux exemples qu'il cite, il les tire tous de l'histoire des saints. Je ne sais jusqu'à quel point on peut ajouter foi à ces récits, dont les auteurs, par excès de piété, pour relever encore les vertus de leurs saints, ont vu du merveilleux là où il pouvait n'y avoir rien que de naturel, ou du moins ils ont dû exagérer la vérité.

J'en dirai autant de ces épidémies dont M. Favrot rappelle l'histoire. Quelle confiance peut-on avoir dans des récits où, en parlant d'exorcismes, on dit qu'*Asmodée fit voir la plus haute rage*, que *Béhéris, autre démon, fit voir un visage riant et agréable*, etc.? Nécessairement, dans un temps où tous les accidents nerveux passaient pour être causés par les démons, les récits des contemporains doivent avoir un caractère d'exagération et de merveilleux qui ne peut s'accorder avec la vérité.

Ce n'est donc qu'avec la plus grande défiance que, dans un travail scientifique, je citerais les épidémies de Loudun en 1632, des Cévennes sous Louis XIII, et de Saint-Médard en 1724.

Hystérie.

Dans cette partie du travail de M. Favrot, qui a trait à l'hystérie, nous n'avons rien trouvé qui fût bien particulier à son auteur. Ce paragraphe est traité avec soin, avec méthode; mais les causes, les symptômes de la maladie sont les mêmes que l'on trouve partout; il est un seul point sur lequel M. Favrot insiste beaucoup : c'est l'influence de l'imitation dans le développement des accès d'hystérie.

Je n'étendrai pas davantage l'analyse du travail de M. Favrot, voulant citer encore une observation qui se trouve dans sa thèse et qui renferme un tableau complet de l'hystérie; c'est un des plus beaux exemples que l'on puisse présenter. Toutefois, avant de terminer, nous dirons que nous avons regretté de n'avoir pas trouvé dans cette thèse de vues pratiques. C'est un défaut de notre époque; on étudie les maladies dans leurs petits détails, dans le but seul de connaître leurs formes les plus variées, leurs particularités les plus cachées; mais rarement au fond de ces recherches, on peut dire de curiosité, se trouve une application soit au diagnostic, soit au traitement.

C'est le temps qui a manqué à M. Favrot, et dans le travail qu'il nous promet, nous trouverons, nous n'en doutons pas, ce qui manque à sa thèse.

Terminons par une observation qui montre que M. Favrot sait se préparer de bons matériaux dont il saura tirer parti.

(*La suite au prochain numéro.*)

OBSERVATIONS MÉTÉOROLOGIQUES. — AOUT 1844.

JOURS.	9 HEURES DU MATIN. Barom. à 0°.	9 HEURES DU MATIN. Therm. extér.	9 HEURES DU MATIN. Hygr.	MIDI. Barom. à 0°.	MIDI. Therm. extér.	MIDI. Hygr.	3 HEURES DU SOIR. Barom. à 0°.	3 HEURES DU SOIR. Therm. extér.	3 HEURES DU SOIR. Hygr.	9 HEURES DU SOIR. Barom. à 0°.	9 HEURES DU SOIR. Therm. extér.	9 HEURES DU SOIR. Hygr.	THERMOMÈTRE. Maxim.	THERMOMÈTRE. Minim.	ÉTAT DU CIEL A MIDI.	VENTS à MIDI.
1	754,24	+17,0		753,62	+16,6		753,78	+15,9		755,11	+11,4		+19,0	+11,0	Nuageux	O.
2	756,60	+16,0		756,21	+18,3		755,73	+19,0		754,30	+14,9		+20,0	+10,0	Très-nuageux	O.
3	749,02	+18,9		749,08	+21,2		748,69	+21,7		750,14	+15,0		+22,5	+13,0	Couvert	S. O.
4	753,76	+17,0		754,66	+18,8		755,02	+20,4		756,37	+14,9		+21,0	+11,4	Couvert	O. S. O. f.
5	754,55	+13,5		753,77	+15,8		752,89	+23,4		752,83	+17,4		+23,8	+12,4	Couvert	E. S. E.
6	749,85	+19,3		750,91	+19,6		749,91	+22,5		751,87	+17,4		+22,9	+15,0	Couvert	O.
7	754,82	+17,6		754,32	+20,6		753,79	+19,0		753,03	+15,0		+21,5	+11,9	Nuageux	S. O. fort.
8	752,15	+17,0		752,51	+17,8		752,93	+18,0		754,40	+12,3		+20,1	+11,0	Très-nuageux	O. S. O.
9	754,56	+16,4		752,93	+19,0		753,00	+18,7		751,77	+12,6		+20,0	+10,1	Nuageux	O. S. O.
10	748,58	+16,8		747,29	+16,5		745,65	+16,9		745,40	+14,2		+16,8	+13,0	Pluie	S. O.
11	753,69	+15,4		753,98	+17,5		753,65	+20,0		753,08	+15,3		+20,1	+12,0	Nuageux	N. O.
12	748,97	+15,0		748,42	+19,4		748,46	+19,7		750,29	+15,4		+20,9	+13,0	Couvert	S. O. fort.
13	751,87	+16,3		751,65	+18,1		750,90	+17,9		749,19	+14,4		+20,0	+15,4	Couvert	S. O.
14	746,34	+16,6		743,54	+15,7		741,82	+18,1		744,09	+12,5		+18,3	+15,1	Pluie	S. fort.
15	746,97	+16,3		747,52	+16,1		748,18	+16,8		750,56	+14,3		+17,4	+12,3	Couvert	O.
16	755,69	+14,7		756,84	+15,9		757,15	+17,9		757,96	+13,2		+18,0	+12,8	Couvert	O.
17	756,57	+17,9		756,14	+18,3		755,78	+19,5		757,15	+15,0		+20,0	+10,1	Couvert	S. O.
18	759,66	+15,3		759,71	+17,3		760,12	+18,2		761,30	+12,9		+19,1	+10,8	Quelques nuages	N. O. fort.
19	761,22	+14,2		760,78	+17,0		760,22	+17,4		759,65	+12,4		+18,5	+ 8,9	Beau	N. O.
20	757,53	+15,3		756,72	+18,4		755,22	+22,2		753,83	+17,5		+22,5	+12,0	Couvert	O. N. O.
21	751,65	+16,5		751,67	+17,0		751,19	+17,8		751,51	+12,6		+22,9	+15,0	Couvert	O.
22	751,29	+16,5		750,90	+19,1		750,20	+18,8		751,08	+15,1		+20,6	+10,1	Nuageux	N. O.
23	749,99	+15,2		749,27	+16,0		748,12	+15,5		748,59	+13,0		+17,0	+12,0	Pluie	E. N. E.
24	748,67	+12,4		748,86	+13,4		749,29	+13,3		752,44	+10,5		+14,6	+12,0	Pluie	N. O.
25	755,55	+14,6		756,00	+17,4		756,97	+15,1		758,76	+12,8		+19,2	+ 8,5	Nuageux	O. S. O.
26	759,54	+15,5		759,48	+15,7		759,23	+16,6		759,66	+14,1		+16,5	+10,2	Couvert	N. O.
27	760,04	+15,2		759,81	+16,6		759,64	+16,5		760,27	+14,1		+17,2	+11,1	Couvert	O. N. O.
28	760,95	+15,4		760,66	+16,2		759,95	+17,6		759,98	+14,6		+18,0	+ 9,9	Nuageux	N. N. E.
29	759,98	+15,2		759,61	+18,5		759,01	+19,7		759,01	+14,0		+20,1	+ 9,0	Beau	E.
30	759,26	+16,8		758,97	+17,6		758,54	+19,2		759,88	+15,8		+19,5	+10,5	Serein	E.
31	763,83	+16,9		763,83	+19,5		763,84	+20,8		765,00	+16,2		+21,9	+10,0	Serein	N. E.
1	752,79	+17,0		752,55	+18,4		752,14	+19,6		752,52	+14,5		+20,8	+11,9	... Moy. du 1er au 10	Pluie en cent.
2	753,84	+15,7		753,53	+17,4		753,15	+18,8		753,71	+14,3		+19,5	+11,8	... Moy. du 11 au 20	Cour. 7,633
3	756,41	+15,5		756,28	+17,0		756,00	+17,4		756,93	+13,9		+18,9	+10,8	... Moy. du 21 au 31	Terr. 6,811
	754,41	+16,0		754,19	+17,6		753,83	+18,5		754,47	+14,2		+19,7	+11,5	... Moyenne du mois	+15°,6

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 146e VOLUME.

5e SÉRIE, TOME XXII. — OCTOBRE 1844.

I. PHYSIQUE, CHIMIE ET BOTANIQUE MÉDICALES.

1. Mémoire sur le passage de quelques médicaments dans l'économie, et sur les modifications qu'ils y subissent; par MM. *Laveran* et *Millon*. 1

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

2. Essai d'une analyse thérapeutique des effets des quinquinas et du sulfate de quinine; des indications remplies par ces médicaments dans les maladies en général, et de l'emploi du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde; par le docteur *Félix Jacquot*. 4

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

3. Études sur le chyle; par *F. Bouisson*. 13

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MEDICALES.

4. Quelques mots sur l'angine laryngée œdémateuse (œdème de la glotte), ses causes, sa marche, ses symptômes, son diagnostic et son traitement; par M. *Szafkowski-Rufin*. 19
5. Revue des recherches modernes sur les maladies du cœur; par M. *Valleix*. 23
6. De l'hypertrophie concentrique du cœur; par le docteur *A. Dechambre*. 28
7. Recherches sur le diagnostic des maladies du pancréas; par le docteur *F. Battersby*. 33
8. Mémoire sur le noma, ou cancer aquatique, ou stomacace; lu à la Société du Haut-Bhin, dans sa séance du 15 mai 1842, par M. le docteur *Weber*. 41
9. De la chute et de la reproduction des poils, des cheveux, des ongles et de l'épiderme, après les affections typhoïdes graves; par M. *Facen*. 45
10. Notions de thérapeutique générale sur les maladies sécrétantes; par M. *A. Devergie*. 50
11. De la symptomatologie de l'hypochondrie; par M. *Michéa*. 53

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

12. Essai sur la grossesse extra-utérine abdominale (péritonéale) (anatomie pathologique, causes et symptômes); par le docteur *J.-B.-S. Hillairet*. 59

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

13. Du goître cystique et de son traitement par les injections iodées; par M. *Ant. Bouchacourt*. 65
14. Mémoire sur la trachéotomie considérée au point de vue de la médecine opératoire; méthode nouvelle et instruments nouveaux d'opération; par *Jules Garin*. 70
15. Nouvelles méthodes pour l'amputation des mâchoires. 78
16. Sur l'amputation du coude-pied, ou dans l'articulation tibio-tarsienne; par *James Syme*. 79
17. Des abcès phlegmoneux intra-pelviens; par M. *Marchal* (de Calvi). 83
18. Des conserves et des lunettes. Leurs avantages et leurs inconvénients. (Leçon recueillie par le docteur *E. Boniver*) 107
19. De la transplantation de la cornée sur l'homme. 108

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

21. De l'influence des maladies du cœur sur les facultés intellectuelles et morales de l'homme; par le docteur *Saucerotte*. 110
22. Remarques sur la mélancolie et la manie suites de fièvres intermittentes; par M. *Th. Sébastian*. 113
23. Etudes sur les maladies incidentes des aliénés; par M. le docteur *Thore*. 115

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

24. Seconde lettre sur les rétrécissements de l'urètre; par M. *Civiale*. 119
25. Du varicocèle et de sa cure radicale; par le docteur *J. Helot*. 121

XII. GÉNÉRALITÉS.

26. Deuxième série des leçons cliniques sur la plessimétrie. — Hôpital de la Pitié. — M. *Piorry*. 128
27. Discours prononcé à la rentrée du cours de clinique chirurgicale, à la Faculté de médecine de Strasbourg; par M. le professeur *C. Sédillot*. 129
28. De quelques applications utiles de médecine iatraleptique; par *D.-S. Sandras*. 136
29. De l'abus des vésicatoires et des sinapismes dans les maladies aiguës; par M. *Valleix*. 138

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale des sciences de Paris. 143

Séances des 2, 9, 16, 23 et 30 septembre 1844.

Rapport entre le sens du courant électrique et les contractions musculaires dues à ce courant. — Race des Cagots. 143. — Nerfs du système fibreux. — Usage du quinquina dans les fièvres pernicieuses. — Nutrition des plantes. — Traitement de la surdi-mutité et du

bégaiement. — Entérotomie pratiquée avec succès dans un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle. 144. — Recherches des matières métalliques dans le corps de l'homme et des animaux. — Mesure de la force nerveuse développée par un courant électrique. — Rapports, en pesanteur, des organes nerveux de l'homme et des mammifères. 145. — Sur les anciens Maures du nord de l'Afrique. 146. — Développement des os. — Empoisonnement par le cuivre. 147.

Académie royale de médecine de Paris. 148

Séances des 3, 10, 17 et 24 sept.; du 1er octobre 1844.

Reprise de la discussion sur l'influence des lésions traumatiques de la moelle sur les maladies des voies urinaires. 148.—De la paraplégie dans les lésions de la moelle. 150.—Parenchyme pulmonaire.—Lèpre. — Plaie du cerveau par arme à feu. 151. — De la sécrétion de quelques follicules sébacés de la peau.—Polypes de l'oreille. 152. — Du système quarantenaire contre la peste.—Etiologie de la peste. 153. — Taille sus-pubienne. — Méthode nouvelle pour l'opération de la cataracte. — Instrument pour la pupille artificielle. 154. — Expulsion spontanée de l'os hyoïde. — Fonctions du système nerveux. 155.—Peste. 159.

F. NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

De la catalepsie, de l'extase et de l'hystérie. Thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 25 janvier 1844; par M. *Favrot*. 159

Observations météorologiques. 164

Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses; par *J.-G.-A. Lugol*. (Suite.) 57

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 146e VOLUME.

5e SÉRIE, TOME XXII. — OCTOBRE 1844.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES DE PHYSIQUE ET DE CHIMIE (août et octobre 1844).

Laveran et *Millon*. Mémoire sur le passage de quelques médicaments dans l'économie, et sur les modifications qu'ils y subissent. 1
Observations météorologiques. 164

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE ET DE TOXICOLOGIE (août 1844).

Facen. De la chute et de la reproduction des poils, des cheveux, des ongles et de l'épiderme, après les affections typhoïdes graves. 45

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE (juillet et septembre 1844).

Hillairet (J.-B.-S.). Essai sur la grossesse extra-utérine abdominale (péritonéale) (anatomie pathologique, causes et symptômes). 59
Marchal (de Calvi). Des abcès phlegmoneux intra-pelviens. 85
Sédillot (C.). Discours prononcé à la rentrée du cours de clinique chirurgicale, à la Faculté de médecine de Strasbourg. 129

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (septembre 1844).

Saucerotte. De l'influence des maladies du cœur sur les facultés intellectuelles et morales de l'homme. 110
Sébastian (Th.). Remarques sur la mélancolie et la manie suites de fièvres intermittentes. 113
Thore. Etudes sur les maladies incidentes des aliénés. 115
Favrot. De la catalepsie, de l'extase et de l'hystérie. Thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 25 janvier 1844. 159

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (septembre 1844).

Jacquot (Félix). Essai d'une analyse thérapeutique des effets des quinquinas et du sulfate de quinine ; des indications remplies par ces médicaments dans les maladies en général, et de l'emploi du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde. 4
Valleix. Revue des recherches modernes sur les maladies du cœur. 23
Helot (J.). Du varicocèle et de sa cure radicale. 121

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (septembre 1844).

Devergie (A.). Notions de thérapeutique générale sur les maladies sécrétantes. 50
Bouchacourt (Ant.). Du goître cystique et de son traitement par les injections iodées. 65
Nouvelles méthodes pour l'amputation des mâchoires. 78
Civiale. Seconde lettre sur les rétrécissements de l'urètre. 119
Sandras (D.-S.). De quelques applications utiles de médecine iatraleptique. 136
Valleix. De l'abus des vésicatoires et des sinapismes dans les maladies aiguës. 138

EXPÉRIENCE (septembre 1844).

Michéa. De la symptomatologie de l'hypochondrie. 53

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 37, 38 et 39).

Bouisson (F.). Etudes sur le chyle. 13
Dechambre (A.). De l'hypertrophie concentrique du cœur. 28
Battersby (F.). Recherches sur le diagnostic des maladies du pancréas. 33
Garin (Jules). Mémoire sur la trachéotomie considérée au point de vue de la médecine opératoire ; méthode nouvelle et instruments nouveaux d'opération. 70

GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER (septembre 1844).

Szafkowski-Rufin. Quelques mots sur l'angine laryngée œdémateuse (œdème de la glotte), ses causes, sa marche, ses symptômes, son diagnostic et son traitement. 19

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG (septembre 1844).

Weber. Mémoire sur le noma, ou cancer aquatique,

ou stomacace ; lu à la Société du Haut-Rhin, dans sa séance du 15 mai 1842. 41

GAZETTE DES HÔPITAUX (Nos 113 et 114).

Boniver (E.). Des conserves et des lunettes. Leurs avantages et leurs inconvénients. 107
Piorry. Deuxième série des leçons cliniques sur la plessimétrie. — Hôpital de la Pitié. 128

JOURNAL DE CHIRURGIE DE M. MALGAIGNE (septembre 1844).

Syme (James). Sur l'amputation du coude-pied, ou dans l'articulation tibio-tarsienne. 79
De la transplantation de la cornée sur l'homme. 108

enfant était un homme de petite stature, âgé de trente-sept ans, qui avait eu des ophthalmies jusqu'à l'âge de onze ans, et qui était de faible complexion. Cet homme avait eu une sœur très-rachitique, qui avait été valétudinaire toute sa vie et qui était morte à l'âge de trente-deux ans sans jamais avoir été réglée.

La jeune malade pour laquelle j'ai été consulté ressemble beaucoup à la sœur de son père, et se tient déjà tout à fait comme elle; c'est du moins ce que m'ont dit ses parents.

Dans ce cas, le père est beaucoup moins affecté que ne l'était sa sœur; il engendre néanmoins des enfants qui sont presque aussi scrofuleux qu'elle. En le questionnant légèrement, on ne saurait point qu'il a eu dans son enfance des ophthalmies, comme sa fille en a eu à son tour; mais surtout la santé de sa sœur resterait ignorée, et l'on ne pourrait acquérir aucune idée de l'origine héréditaire des maladies de son enfant, qu'on a toujours attribuées à des causes extérieures, et finalement à une fièvre éruptive, qui peut bien avoir développé la prédisposition, mais qui, certainement, n'a pas rendu cette jeune fille scrofuleuse.

Nous allons rapporter l'observation de deux frères dont la complexion était restée fort délicate à la suite de la rougeole. On verra, en outre, que l'un d'eux, l'aîné, avait perdu l'œil droit à la suite de fièvre éruptive.

Dans le mois de janvier 1839, une dame de Versailles vint me consulter pour ses deux fils, qui étaient tous deux de faible constitution; ce qu'elle attribuait à la rougeole qu'ils avaient eue tous deux, en même temps, dix ans auparavant.

L'aîné, âgé de vingt et un ans, était de petite taille et d'une maigreur extrême; son teint était pâle, jaune; il avait perdu l'appétit et le sommeil; il était tourmenté par une céphalalgie habituelle et des tintements d'oreilles; il avait la voix très-basse et très-faible; il ne pouvait supporter aucune fatigue d'esprit ni de corps; il était frappé d'une telle inertie, qu'il éprouvait une répugnance invincible pour tout mouvement. On pouvait à peine obtenir de lui qu'il se promenât pendant une demi-heure dans son jardin. Il avait un staphylôme des plus gros sur la cornée de l'œil droit qui était entièrement perdu, et l'œil gauche était très-faible.

Son frère, âgé de dix-neuf ans, qui était également de petite taille et de faible complexion, était affecté d'une carie fistuleuse des trois dernières vraies côtes gauches.

On accusait la rougeole de l'état très-fâcheux que présentait la santé de ces deux jeunes gens; mais cette fièvre éruptive avait seulement favorisé le développement d'une prédisposition qui ne devenait que trop évidente lorsqu'on consultait les antécédents. En effet, ces deux jeunes gens étaient les restes bien faibles d'une progéniture de six enfants, tous issus d'un père qui avait succombé à la consomption tuberculeuse du poumon. Leur mère était aussi de complexion très-délicate; mais elle n'avait point de parents tuberculeux-pulmonaires dans sa famille.

C'était donc surtout de leur père que ces enfants tiraient leur mauvaise santé; et c'était bien à tort qu'on en accusait la rougeole, qui, nous le répétons, avait été l'occasion de son développement.

L'exemple suivant, encore mieux que ceux qui précèdent, est très-propre à donner une idée de l'influence fatale qu'exerce l'hérédité sur la marche de la rougeole chez les sujets scrofuleux.

Il y a une dizaine d'années, je commençai le traitement d'une jeune demoiselle âgée de cinq ans et demi, et qui était déjà affectée de deux tumeurs blanches.

L'une de ces tumeurs blanches avait son siége au pied gauche, dont la face dorsale et le bord interne étaient percés de quatre orifices fistuleux. L'autre tumeur existait sur le genou correspondant, et offrait trois orifices fistuleux, dont l'un était situé au quart inférieur et interne de la cuisse. Il existait aussi plusieurs ulcères tuberculeux et des tubercules à l'état de crudité au côté droit du cou et derrière le menton.

Cette enfant était née très-petite, très-faible; elle avait les cheveux noirs, la peau brune; elle était d'une extrême maigreur, et n'avait jamais eu un appétit réglé. La scrofule avait débuté chez elle par des tubercules cervicaux, et successivement avaient paru la tumeur blanche du pied gauche et celle du genou.

La mère de cette jeune fille offrait, au premier aspect, les signes d'une tuberculisation pulmonaire très-avancée, et le commencement de sa maladie remontait aux premières années de l'enfance. Elle avait eu, à l'âge de cinq ans, une mauvaise rougeole dont elle avait failli mourir, et elle était restée maladive à la suite de cette fièvre exanthématique. Lors de la puberté, elle avait éprouvé des symptômes de chlorose, et, depuis cette époque, elle avait été sujette à des crachements de sang; elle n'avait pris aucun embonpoint, et avait toujours été menstruée d'une manière irrégulière et incomplète.

Elle s'était mariée à dix-huit ans, étant à peine pubère; elle avait eu une fille au bout d'un an de mariage, et, à la suite de cette première couche, elle était restée valétudinaire pendant sept ans. Elle perdit ce premier enfant de la rougeole à cinq ans, à l'âge où elle avait été elle-même à toute extrémité par suite de cette maladie.

Huit ans après, elle eut une seconde fille qui a vécu, et qui fait le sujet de cette observation. Elle eut ensuite une troisième grossesse qui n'arriva pas à terme, et, deux ans plus tard, elle accoucha d'une troisième fille.

Celle-ci fut atteinte de la rougeole à quatre ans, et elle en mourut comme sa sœur aînée.

La seconde fille, dont nous avons déjà parlé, et qui était en traitement depuis un an, contracta la même fièvre éruptive à six ans et demi; elle la gagna de sa sœur cadette qui était déjà arrivée au deuxième septénaire de sa maladie, pendant lequel elle succomba.

Notre jeune malade eut une rougeole assez ordinaire; mais la convalescence se prolongea pendant plusieurs semaines: les yeux étaient un peu rouges; les glandes de Meïbomius sécrétaient un peu trop de mucus, et les cils étaient collés ensemble. Il y avait de la douleur à la gorge et une toux opiniâtre, qui

nous faisaient craindre des générations de tubercules dans la poitrine. C'est pour cela qu'après avoir purgé trois fois cette jeune fille, je me hâtai de reprendre le traitement ioduré, afin de congédier les accidents dont la poitrine était menacée. Le mal de gorge et la toux qui l'accompagnait ne résistèrent point au-delà de quinze jours de ce traitement, que je continuai ensuite pour achever la guérison des tumeurs blanches et des tubercules cervicaux; celle-ci arriva effectivement trois mois plus tard.

Il y a maintenant huit ans que cette demoiselle est guérie. Son père, que j'ai vu tout récemment, m'a dit qu'elle avait toujours joui depuis d'une bonne santé. Elle a présentement quinze ans et demi; elle est bien formée; elle est réglée depuis six mois, et d'un naturel très-gai. La scrofule n'a laissé que des traces légères sur le pied et le genou gauches; mais son empreinte est plus apparente au côté droit du cou et derrière le menton.

La mère de cette demoiselle est morte dans le dernier degré de la consomption tuberculeuse, dans le mois de mars 1837, ne laissant après elle, de trois filles qu'elle avait eues, que celle dont je viens de rapporter l'observation.

L'influence de l'hérédité est trop évidente dans ce fait pour qu'il soit besoin de la faire remarquer. Les trois sœurs ont eu la rougeole à peu près à l'âge où leur mère avait été atteinte de la même maladie d'une manière si grave, qu'on avait dû craindre pour sa vie, et que, depuis, elle n'avait jamais joui d'une bonne santé.

De ces trois sœurs, deux sont mortes de la rougeole. Chez la troisième, la convalescence de cette fièvre exanthématique s'est prolongée, pendant plusieurs semaines, avec des phénomènes d'affection catarrhale qui nous ont fait craindre la génération de tubercules pulmonaires; et cette crainte était d'autant mieux fondée, que notre jeune malade avait déjà des tubercules cervicaux et deux tumeurs blanches fistuleuses.

La mort de ces deux jeunes filles, occasionnée par la rougeole, n'est pas, à proprement parler, un accident; elle a été une suite nécessaire de leur organisation. Elles sont mortes d'une maladie à laquelle leur mère n'avait échappé qu'avec peine, et à la suite de laquelle elle était restée valétudinaire pour toute sa vie. Nous attribuons, dans ce cas, une telle influence à l'hérédité, que nous osons à peine regarder la troisième fille comme sauvée, quoiqu'elle jouisse d'une bonne santé depuis huit ans, et qu'elle ait franchi sans aucun accident l'époque critique de la puberté.

Que de réflexions nous aurions à faire sur le mariage de cette dame! La phthisie pulmonaire a éclaté chez elle avant l'âge de puberté; nous pourrions même dire à l'âge de cinq ans, à l'occasion de la rougeole; la prédisposition à cette fatale maladie avait arrêté sa croissance; elle était d'une délicatesse extrême, hémoptoïque : le sort de ses enfants était écrit d'avance. Cependant elle se marie dans cet état, et sa progéniture, dont nous venons de tracer l'histoire médicale, prouve encore une fois que les parents tuberculeux ont non-seulement des enfants qui leur ressemblent, mais que ceux-ci sont encore plus profondément affectés que les parents dont ils proviennent.

Les deux enfants qui sont morts de la rougeole n'auraient sans doute pas succombé à cette maladie, si commune aux enfants qu'ils en sont presque tous atteints, s'ils n'avaient porté en eux-mêmes une prédisposition morbide qui complique et rend plus graves toutes les maladies de l'enfance.

Si ces deux enfants eussent échappé à la rougeole comme leur mère, elles auraient probablement éprouvé comme elle toutes les phases de la phthisie tuberculeuse; peut-être même qu'avant la manifestation de cette phthisie, elles auraient eu, comme leur sœur, des tubercules sous-cutanés et des caries scrofuleuses.

Dans l'exemple suivant, nous verrons encore la rougeole laisser après elle une toux de longue durée; cette toux éprouve enfin une rémission assez profonde que nous aurions pu regarder comme une guérison, si une expérience trop souvent répétée ne nous avait appris que les récidives sont fort à craindre dans tous les cas de ce genre.

Le nommé Gachet, âgé de vingt-deux ans, né d'une mère tuberculeuse-pulmonaire, était rachitique et très-petit de taille; il était en traitement pour un vaste abcès froid dans la région coxale, lorsqu'il fut pris de la rougeole. Cette fièvre exanthématique fut assez bénigne; elle laissa cependant après elle une toux qui persista pendant longtemps, et le malade toussait encore au bout d'un an, quand il fut admis à l'hospice de Bicêtre, en 1832.

Il y avait à craindre la génération de tubercules pulmonaires, la mère de Gachet ayant succombé à cette maladie : un an plus tard, nos craintes ne s'étaient pourtant pas réalisées. Notre ancien malade ne toussait même plus et nous parut assez bien portant. Mais, quelque satisfaisant que fût l'état de santé dont il jouissait lorsqu'il est venu nous voir à l'hôpital Saint-Louis, il y a dix ans, il est plus que probable qu'il finira par la consomption pulmonaire si même il n'y a déjà succombé. Toutefois Gachet aura dû au traitement ioduré plusieurs années d'une santé passable, tandis qu'il serait mort infailliblement, et depuis plus de douze ans, de son abcès coxal, s'il eût été traité de toute autre manière.

La toux est fort à considérer à la suite de la rougeole chez les sujets scrofuleux, parce qu'elle est ordinairement le signe de l'invasion tuberculeuse du poumon. Cette invasion peut avoir lieu d'une manière brusque; la tuberculisation peut marcher à l'état aigu et devenir mortelle en quelques semaines. Les cas de ce genre sont trop souvent méconnus et regardés comme des pneumonies consécutives qui ont occasionné la mort.

Les faits de tuberculisation lente des poumons après la rougeole sont beaucoup plus communs qu'on ne pense. C'est ce que les auteurs ont appelé *phthisie pulmonaire exanthématique*.

En lisant attentivement les observations publiées par Portal sur cette espèce de phthisie, il devient évident que les malades qui en ont été atteints et qui en sont morts étaient phthisiques antérieurement à la fièvre exanthématique; et que ceux qui ont guéri n'avaient d'autre maladie qu'une pneumonie, qu'un catarrhe chronique qui se sont ter-

minés par résolution, parce qu'il n'existait pas de prédisposition aux tubercules pulmonaires.

La rougeole exerce, dans certains cas, une influence favorable sur la marche des maladies scrofuleuses. Au mois d'août 1837, nous avons observé, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, le cas d'une jeune fille de sept ans et demi, chez laquelle des abcès tuberculeux quelle avait à chaque bras, avaient pris une bonne marche à la suite de la rougeole, et chez laquelle aussi la santé générale était meilleure depuis cette fièvre éruptive.

Les améliorations de ce genre sont de bon augure, elles permettent d'espérer une purification plus complète de la puberté; mais il est très-rare que l'influence de la rougeole et celle de la puberté réunies produisent autre chose qu'une rémission plus ou moins profonde et durable des maladies scrofuleuses.

C. *De la coqueluche relativement à la scrofule.*

La coqueluche est très-commune parmi les enfants scrofuleux; elle les affecte presque tous, et fréquemment elle débute chez eux à la suite de la rougeole. Elle est toujours plus rebelle, plus dangereuse quand il y a constitution tuberculeuse, que quand cette constitution n'existe pas. Les maladies scrofuleuses, en général, débutent souvent par la coqueluche; c'est à la suite de cette maladie que des enfants qui ont paru jusqu'alors bien portants, sont atteints, pour la première fois, d'ophthalmies, de coryzas, de bronchites, de vers intestinaux, de tubercules intérieurs ou sous-cutanés; maladies scrofuleuses qui font périr plus de la moitié des enfants qu'elles atteignent.

J'ai été consulté pour un jeune garçon de six ans, qui portait une grosse tumeur tuberculeuse bilobe du côté gauche du cou. Cette tumeur avait commencé, en hiver, pendant que cet enfant avait la coqueluche. Le père me dit qu'il lui semblait avoir vu commencer cette tumeur pendant les quintes de toux.

Les vomissements, assez fréquents dans certains cas de coqueluche, ne peuvent-ils pas reconnaître la même cause que ceux qui accusent la phthisie pulmonaire-tuberculeuse confirmée chez les jeunes gens, ou même chez des personnes d'un âge plus avancé?

Quand les enfants succombent à la coqueluche sporadique, le seul fait d'anatomie pathologique de quelque valeur qu'on rencontre, c'est la production de tubercules dans les bronches, dans le poumon ou dans le mésentère. Je ne parle pas de la rougeur des voies aériennes, car si la coqueluche est une bronchite, alors il n'y a pas de coqueluche. Cette rougeur du système muqueux résulte, selon nous, de la fatigue des organes de la respiration provoquée par les quintes de toux, et de la congestion des vaisseaux capillaires qui en est la suite.

Mais quels que puissent être les rapports de la coqueluche avec les maladies tuberculeuses, son caractère épidémique, son caractère contagieux, ne permettent cependant pas de la ranger parmi ces dernières maladies. La coqueluche est seulement plus durable, plus intense, plus compliquée chez les sujets scrofuleux; c'est souvent à son occasion que se montrent, pour la première fois, les maladies scrofuleuses. Nous ne pouvions donc passer sous silence les rapports de causes de la coqueluche avec la scrofule; qu'on nous permette de rapporter quelques faits pour faire passer nos convictions dans l'esprit du lecteur.

Au mois de mars 1840, je fus consulté pour une jeune fille âgée de sept ans, qui depuis six semaines était malade de la coqueluche. Les quintes de toux étaient très-fréquentes, accompagnées de turgescence de la face et parfois de vomissements; elles fatiguaient beaucoup la jeune malade.

Celle-ci était la dernière née d'une famille composée de trois enfants. Elle était venue au monde, son père ayant atteint sa cinquante-septième année et sa mère sa quarantième. Elle n'offrait point le développement corporel que comportait son âge; elle avait le teint jaune, bistré, les dents larges, écartées et jaunes, la fibre molle; elle présentait de temps en temps des traces de leucorrhée.

La coqueluche dura près de six mois, et pendant son cours la lèvre supérieure se gonfla et devint fort dure. Cet état de tuméfaction et d'induration persiste depuis quatre ans; il offre seulement quelque diminution passagère qui semble être en rapport avec les alternatives d'augmentation et de diminution de la leucorrhée.

Depuis quelque temps seulement, des tubercules pisiformes ont paru dans les régions cervicales; le teint est aussi jaune, et la fibre encore plus molle qu'elle ne l'était il y a quatre ans.

Nous allons voir que, dans cette observation comme dans les précédentes, la coqueluche n'a fait que développer le germe d'une maladie héréditaire. En effet, le père et la mère de cette enfant sont trop âgés; la mère a l'épaule droite beaucoup plus forte que celle du côté gauche, et depuis deux ans qu'elle a atteint l'âge de retour, elle porte une glande squirrheuse au sein droit.

Cette dame a un fils âgé de vingt-deux ans, qui a été noué dans son enfance, qui est de petite taille, qui a la colonne vertébrale notablement déviée, et qui présente tous les caractères du rachitisme.

Elle a encore une fille âgée de vingt-cinq ans environ, qui a aussi été longtemps nouée dans son enfance, et chez laquelle la partie spongieuse des os est généralement hypertrophiée; celle-ci est mariée depuis quatre ans, elle a eu une première couche à la suite de laquelle elle a beaucoup maigri, quoi qu'elle ait pu faire pour conserver un peu d'embonpoint.

Une circonstance bien digne de remarque, c'est que notre malade a communiqué la coqueluche à deux enfants du voisinage, qui partageaient ses jeux, au frère et à la sœur, et que ces deux enfants, issus de parents sains et bien portants, ont été guéris longtemps avant elle, et sans éprouver aucun phénomène de maladie scrofuleuse.

A quoi peut tenir cette différence dans la marche et les suites de la coqueluche, si ce n'est à la différence de la santé originaire des enfants des deux familles?

Dans le cours de cette année, j'ai été consulté pour une petite fille de six ans et demi, qui sortait d'avoir

la rougeole, à la suite de laquelle la coqueluche avait paru. Celle-ci durait depuis six semaines. La rougeole avait en outre laissé à sa suite un coryza très-intense avec formation de croûtes impétigineuses à l'orifice des narines, et des tubercules sur les côtés du cou.

Les parents n'hésitaient pas à attribuer à la rougeole les accidents qui avaient paru à sa suite; et cependant il n'en était rien, car le père et la mère étaient très-délicats, le père avait la constitution des phthisiques, et ils avaient perdu l'un et l'autre des frères et sœurs par suite de maladies scrofuleuses et de tuberculisation pulmonaire.

Art. II. — *De plusieurs états morbides que l'on regarde à tort comme des causes pathologiques de la scrofule, et qui ne sont que les prodromes de cette affection elle-même.*

Les maladies que nous venons de passer en revue, et que nous avons étudiées dans leurs rapports de cause avec la scrofule, sont communes aux enfants sainement organisés et à ceux qui sont nés scrofuleux; il y a seulement cette différence à faire, que, chez les uns, la marche de ces maladies est simple et bénigne, tandis que, chez les autres, elle est le plus souvent accompagnée de symptômes graves qui les compliquent, et qu'elles sont suivies d'accidents qui laissent longtemps après eux des traces de leur passage.

Il est encore plusieurs états morbides que l'on range habituellement au nombre des causes pathologiques de la scrofule, et qui ne sont le plus ordinairement que des signes de cette dernière affection elle-même. C'est pour cette raison qu'on ne les observe point, ou qu'on ne les observe que très-rarement, et à un faible degré, chez les enfants bien organisés : tels sont la fièvre muqueuse, la fièvre de croissance, qui revêt souvent le caractère particulier de la précédente, la dentition laborieuse, les vers intestinaux, etc. Nous allons les passer successivement en revue : disons d'abord quelques mots de la fièvre muqueuse.

A. La fièvre muqueuse est un état fébrile et catarrhal borné le plus ordinairement à la membrane muqueuse qui tapisse les voies digestives et aériennes, pouvant occuper la plupart des membranes muqueuses et s'étendre même à tout le système muqueux en général.

Nous n'entendons parler ici que de la fièvre muqueuse qui atteint les sujets scrofuleux d'une manière sporadique et qui constitue la scrofule catarrhale à proprement parler.

On observe cet état catarrhal sur des enfants de l'âge le plus tendre; plus tard, il devient beaucoup plus commun, et son existence coïncide le plus ordinairement avec celle de la plupart des maladies scrofuleuses.

Un caractère distinctif de la fièvre muqueuse, caractère qu'elle partage avec toutes les maladies scrofuleuses, c'est de naître spontanément, dans les conditions en apparence les moins favorables à son développement, et alors même que l'on met tout en usage pour la prévenir.

On a pensé que la fièvre muqueuse pouvait faire passer les enfants à l'état scrofuleux; mais c'est bien à tort, car, dans les cas dont nous parlons, elle n'est autre que la scrofule elle-même. La membrane muqueuse des voies digestives est affectée de la même manière que la conjonctive dans l'ophthalmie, que la pituitaire dans le coryza, que la membrane muqueuse des bronches et celle qui tapisse le conduit de l'oreille dans la bronchite et l'otite, maladies qu'on observe si communément chez les enfants scrofuleux, qu'elles font pour ainsi dire partie de leur complexion. (Première partie, chap. 1er. *De la complexion scrofuleuse.*)

Dans ce cas, la scrofule débute par la membrane muqueuse du canal intestinal, comme dans d'autres, beaucoup plus nombreux, elle porte d'abord son action sur les yeux, les oreilles, les bronches, etc.

Les choses se passent de la même manière quand la fièvre catarrhale a son siége sur la plupart des membranes muqueuses, ou même sur le système muqueux en général. Quelles que soient son étendue et sa généralité, elle n'est pas d'une nature différente de celle de l'ophthalmie scrofuleuse : c'est ce que nous allons chercher à démontrer par des exemples.

Nous avons cité plus haut (chap. II, sect. II, art. VI) le cas d'une demoiselle du département de l'Aisne, qui, à la suite d'une fièvre muqueuse, avait éprouvé des ophthalmies, des coryzas, des bronchites, et chez laquelle existaient des tubercules ulcérés de chaque côté du cou, tout autant de symptômes de scrofule que l'on avait regardés comme les effets de cette fièvre catarrhale, en conséquence d'une opinion trop généralement répandue, et d'après laquelle on deviendrait scrofuleux à la suite d'une autre maladie et à cause de cette maladie. Cette opinion, qui a dû prendre naissance d'une intuition superficielle de la marche des maladies de l'enfance, ne s'appuie sur aucun fondement solide et ne saurait résister à un examen approfondi.

Pour nous, en effet, la fièvre muqueuse a été, dans l'espèce, le début de la scrofule elle-même; les ophthalmies, les coryzas, les bronchites qu'elle a laissés après elle ne sont que la scrofule catarrhale elle-même, localisée sur la conjonctive, la pituitaire, les voies aériennes. L'apparition des tubercules à la suite de cette fièvre est encore un fait que l'on rencontre très-communément dans la pratique; mais, dans les cas de ce genre, nous pensons qu'il y a succession de maladies de même nature, et non pas mutation d'une espèce en une autre.

Dans le mois d'avril 1838, j'ai été consulté pour une demoiselle âgée de dix-neuf ans, qui portait des tumeurs tuberculeuses de chaque côté du cou, et qui était aussi affectée d'une carie de la tête du péroné.

Cette demoiselle avait une sœur, âgée de quatorze ans, qui était alors alitée par une fièvre catarrhale. Elle était pâle et abattue; elle éprouvait une lassitude extrême; elle toussait sans expectorer; elle éprouvait de la douleur à la gorge; elle avait la peau sèche, la langue blanche, couverte de mucus; il n'y avait point de soif, quoique la peau fût sèche. La jeune malade ne prenait aucune nourriture. Cet

état dura plus de trois semaines, sans être caractérisé par des symptômes locaux indiquant la lésion plus particulière d'une région du système muqueux autre que celle du pharynx.

A la suite de cette fièvre catarrhale, les amygdales restèrent tuméfiées, et il parut des tubercules dans les régions latérales du cou et derrière le menton.

On nous dit que la maladie de la sœur aînée avait débuté de même par une fièvre catarrhale à la fin de laquelle avaient paru des tubercules cervicaux, et plus tard une carie du péroné qui existait depuis près de dix ans.

Ces deux demoiselles étaient nées d'un père qui était mort tuberculeux-pulmonaire à l'âge de trente-deux ans. Leur mère jouissait d'une très-belle santé et n'avait point de tuberculeux dans sa famille. L'hérédité, ayant son origine du côté paternel, était inévitable d'après les observations que nous avons fait connaître dans l'analyse des causes héréditaires provenant des parents ascendants.

L'exemple suivant est très-propre à nous faire comprendre la succession et la coïncidence de la scrofule catarrhale et tuberculeuse par suite de la nature unitaire de ces deux maladies. Nous verrons la mère et la fille affectées de scrofule catarrhale et tuberculeuse; la forme catarrhale survenir la première, dans les deux cas, et constituer, par la suite, chez la mère, un état presque permanent de santé qui a offert plusieurs recrudescences, dont la dernière a été accompagnée d'abcès froids sous-cutanés, et, peu de temps après, de tubercules pulmonaires.

Au mois de février 1837, une dame, âgée de quarante-cinq ans, me consulta pour elle-même et pour sa fille âgée de onze ans.

Chez cette dame, la scrofule avait débuté, à l'âge de six ans et demi, par une fièvre muqueuse et un abcès froid au côté droit du cou; cet abcès s'était ouvert spontanément, et l'ouverture était restée fistuleuse pendant trois mois.

Depuis cette époque, cette dame avait été fort sujette aux affections catarrhales; elles étaient marquées, principalement, par une lassitude spontanée que le repos ne faisait qu'augmenter et que l'on ne pouvait cependant combattre par des exercices, la malade éprouvant une répugnance invincible pour le moindre mouvement. (Première partie, chap. I. *De la complexion scrofuleuse.*)

Mariée à l'âge de vingt ans, cette dame avait eu trois enfants en cinq ans; tous les trois étaient morts en bas âge : l'aîné à cinq ans et demi, de la fièvre cérébrale dans l'espace de deux jours; le second, à trois ans et demi, de convulsions; le troisième en nourrice.

D'un second mariage qu'elle avait contracté à l'âge de trente-trois ans, elle avait eu une fille: c'était la jeune malade qu'elle avait amenée avec elle. Cette enfant était d'un caractère très-apathique; elle avait une leucorrhée habituelle depuis plusieurs années; elle était fort sujette à des affections catarrhales des voies aériennes; deux fois elle avait eu la coqueluche, qui avait duré cinq à six mois chaque fois; elle avait des tubercules dans les régions cervicales.

Ainsi cette jeune fille était scrofuleuse-catarrhale comme sa mère. Chez la mère et la fille, la maladie s'était montrée, en premier lieu, sur le système muqueux. La fille portait, en outre, des tubercules cervicaux. Nous avons dit que la mère avait eu un abcès froid au cou, à l'âge de six ans et demi; de nouveaux abcès de même nature couvrirent le cou et les joues à la suite d'une nouvelle fièvre catarrhale, que cette dame éprouva à l'âge de quarante-quatre ans. Cette fièvre fut marquée par une lassitude extrême qui n'était que l'état ordinaire de santé de la malade porté jusqu'à l'abattement le plus complet.

A la suite de cette fièvre, les abcès du cou et des joues, qui avaient tous abouti, restèrent fistuleux; l'appétit ne revint point; les règles, qui, de tout temps, n'avaient coulé que pendant deux ou trois jours, et peu abondamment, ne reparurent plus; leur disparition ne fut suivie d'aucun accident particulier; la malade commença à maigrir, et quoiqu'elle ne toussât point, je la regardai dès lors comme tuberculeuse-pulmonaire, pensant que l'âge de retour avait été d'avance l'époque marquée de l'invasion tuberculeuse du poumon.

Ce diagnostic fut d'abord controversé : on disait que cette dame était lymphatique et non pas tuberculeuse; mais incessamment la tuberculisation du poumon se montra avec des caractères tellement avérés qu'on ne put la méconnaître plus longtemps. La marche de la maladie fut rapide et finit par la mort au bout de quelques mois. Il est vrai que l'on eut recours à la méthode antiphlogistique et dérivative, que l'on applique encore par routine aux malades tuberculeuses, quoiqu'il soit sans exemple que cette méthode ait jamais guéri un seul tuberculeux. La mort de cette dame à l'âge de retour, par suite de tubercules pulmonaires, est un fait assez commun chez les sujets tuberculeux qui arrivent à cet âge. J'ai perdu cette famille de vue; je ne serais pas étonné d'apprendre un jour que la jeune fille, qui était catarrhale et tuberculeuse depuis son enfance, n'a pu franchir l'époque critique de la puberté, et qu'à cet âge elle a succombé à la consomption tuberculeuse dont elle avait puisé le germe dans le sein de sa mère.

Cet état catarrhal du système muqueux atteint souvent les femmes scrofuleuses à la suite des couches, celles surtout qui veulent essayer de nourrir leurs enfants. Chez celles-ci, les voies digestives sont bientôt frappées d'inertie; il survient une lassitude, un anéantissement qui arrêtent la sécrétion du lait; les femmes sont obligées de renoncer à des tentatives qu'on n'aurait pas dû leur permettre, il faut donner une nourrice étrangère à leurs enfants. Dans ces cas, on attribue le sevrage obligé à une maladie accidentelle, tandis que cette maladie n'est que la manifestation d'une impuissance qu'on aurait dû prévoir d'après la complexion de la mère, d'après celle de sa famille.

Dans ces circonstances, la phthisie tuberculeuse-pulmonaire manque rarement de se manifester : il survient une pâleur remarquable, la débilité fait des progrès, l'appétit ne se réveille point, la fièvre de consomption s'allume, le corps dépérit par la maladie et faute de réparation; tout concourt à hâter

la marche de la tuberculisation pulmonaire et la mort de la malade.

La fièvre muqueuse ouvre donc fréquemment la marche des maladies scrofuleuses; mais elle n'est pas, pour cela, la cause des maladies qui surviennent à sa suite : autant vaudrait avancer que l'ophthalmie scrofuleuse est la cause des tubercules, que de dire que ceux-ci peuvent être un effet de l'état catarrhal des voies digestives ou aériennes.

Non-seulement cette fièvre catarrhale est souvent le mode d'invasion de la scrofule; mais encore elle peut reparaître plusieurs fois pendant le cours des autres maladies scrofuleuses, et dans ces cas on ne peut pas dire qu'il y ait complication de maladies différentes; il n'existe qu'une maladie scrofuleuse de plus.

b. La fièvre de croissance a beaucoup d'analogie avec la précédente, mais surtout avec l'état muqueux du canal intestinal. Elle est caractérisée par une lassitude douloureuse des membres, une anorexie portée quelquefois au point que les enfants mangent à peine; il y a un abattement extrême; les enfants gardent le lit pendant plusieurs mois, pendant deux ou trois ans de suite, et quelquefois pendant plus longtemps; ils éprouvent une somnolence presque continuelle et peu ou point de sommeil. Cet état n'offre que de très-faibles rémissions. Pendant qu'il dure, les enfants grandissent beaucoup, et cette croissance est quelquefois très-rapide; quelques-uns acquièrent une taille démesurée, qui doit faire craindre les manifestations les plus graves de la scrofule. D'autres fois, au contraire, à la suite de cette fièvre, les enfants restent petits et chétifs comme auparavant, et par la suite leur croissance est arrêtée, ou peu s'en faut.

Cet état fébrile couve souvent d'autres maladies scrofuleuses qui surgissent pendant qu'il existe encore, ou qui lui succèdent. C'est cette coïncidence et cette succession des maladies scrofuleuses qui ont fait regarder ces dernières comme une suite de la fièvre de croissance. Il est effectivement vrai qu'elles viennent à sa suite, mais elles n'en sont pas un effet; ces maladies ne sont pas d'une autre nature que la fièvre de croissance; celle-ci n'est elle-même qu'un état scrofuleux, le premier ou seulement un des premiers par lesquels la scrofule se manifeste. Ce n'est pas autrement qu'on doit entendre les rapports de cause entre la fièvre de croissance et les autres maladies scrofuleuses.

Disons, avant de finir, que cette fièvre exerce, dans quelques cas rares à la vérité, une influence favorable sur la complexion scrofuleuse des enfants, et qu'il en est quelques-uns dont la santé est notablement fortifiée à la suite de cet état de langueur, d'abattement et de somnolence, dans lequel ils sont restés pendant plusieurs mois, et quelquefois pendant un temps plus long encore.

c. Ces remarques sur la fièvre muqueuse et la fièvre de croissance sont également applicables à la dentition. L'évolution des dents n'est pas plus difficile que celle des ongles chez les enfants de bonne complexion. Les organes de la dentition ne donnent point la scrofule; ils en supposent l'existence; ils en sont les signes : c'est la scrofule elle-même qui trouble la nutrition dentaire, comme elle entrave celle des os, celle de tous les organes en général.

d. Il en est de même des affections vermineuses avec ou sans fièvre, des engelures, des affections morales tristes, de la jalousie, etc. On accuse souvent tous ces états morbides d'être causes des maladies scrofuleuses, tandis qu'ils ne sont eux-mêmes que des prodromes, que des signes qui annoncent au médecin observateur les manifestations ultérieures de la scrofule.

Réflexions pour faire suite aux articles précédents.

La manière dont nous venons d'envisager les maladies de l'enfance nous paraît être la plus naturelle; elle n'est cependant ni dans la théorie ni dans la pratique de nos contemporains. Loin de là : si l'on en juge par quelques articles de dictionnaire que j'ai dû parcourir, la médecine des enfants est, de nos jours, trop antiphlogistique, trop débilitante; elle ne considère point la prédisposition, le tempérament des enfants. L'abus que l'on fait des émissions sanguines chez les enfants est une des causes les plus communes des progrès souvent irremédiables que font les maladies scrofuleuses. Cet abus est encore une cause de scrofule, en ce sens qu'il crée des sujets faibles qui n'auront que des enfants scrofuleux.

En 1851, au printemps, je fus consulté pour une jeune fille de trois ans qui avait une hypertrophie des deux dernières phalanges du doigt annulaire de la main droite. Aux questions que je fis sur la santé des autres enfants, on me répondit qu'ils n'avaient jamais offert rien de semblable à la maladie sur laquelle on désirait avoir mon avis. Ayant demandé à les voir, on me présenta un garçon de douze ans qui portait au moins son âge sur sa figure, mais qui n'avait guère que la taille et les membres d'un enfant de huit ans. On le disait exempt de maladies scrofuleuses; cependant il avait eu des angines, des bronchites souvent renouvelées; il avait les amygdales hypertrophiées, la voix voilée; il était scrofuleux-catarrhal des voies aériennes depuis dix ans, comme d'autres enfants sont ophthalmiques depuis un assez grand nombre d'années. Il était aussi tuberculeux-pulmonaire, ce dont on ne s'était jamais douté.

Toutes ces maladies, qui s'étaient succédé depuis le premier âge, avaient été regardées comme produites par des causes extérieures, et on les avait traitées en conséquence par des méthodes locales, mais surtout par l'usage le plus abusif des sangsues.

Ces erreurs de diagnostic sont très-communes dans la pratique des maladies scrofuleuses, parce qu'on abrège trop l'histoire de ces maladies, et qu'on néglige surtout les antécédents et les coïncidences, qui font cependant partie essentielle de leur diagnostic. On ne saurait assez éclairer l'origine de ces erreurs; et dût-on nous reprocher de rappeler trop souvent certaines vérités, nous arrêterons néanmoins encore l'attention des praticiens sur les notions de cause que nous avons déjà mises au jour plusieurs fois dans cette dissertation. Ces notions ne servent pas seulement au diagnostic; elles conduisent encore par la voie la plus directe aux indi-

cations thérapeutiques. Le cas particulier dont nous venons de donner le sommaire en est un exemple. Cet enfant était né faible; il était arrêté dans son développement corporel; il toussait, parce qu'il avait dans les voies aériennes ce que d'autres enfants ont sur les yeux, et probablement aussi parce qu'il avait des tubercules dans le poumon. Les amygdalites, les bronchites, les fausses fluxions de poitrine n'étaient qu'une même maladie : c'était toujours un état catarrhal des voies aériennes d'origine scrofuleuse. On attribuait néanmoins cet état à toutes les causes extérieures qu'on pouvait supposer, sans faire attention qu'on prenait toutes les précautions imaginables, je dirai même trop de précautions contre ces causes, et sans considérer que, depuis dix ans, cet état n'avait offert que des recrudescences et des rémissions alternatives, comme cela arrive souvent pour les ophthalmies scrofuleuses; qu'il coïncidait avec l'hypertrophie des amygdales, avec de mauvaises dents et un arrêt marqué de développement. La persistance seule de cet état de maladie, de ces rémissions et recrudescences alternatives, montrait assez qu'il avait son origine dans la constitution du sujet et non pas dans l'influence des agents extérieurs. Ce diagnostic était encore confirmé par la santé de la mère, qui avait eu des tubercules cervicaux; par celui de la jeune sœur, qui, à l'âge de trois ans, avait déjà le système osseux affecté de scrofule, etc., etc.

Les maladies de cet enfant n'étaient point des angines, des bronchites, comme celles qui surviennent par les transitions brusques de température, ou par quelque autre cause occasionnelle. L'indication n'était pas de remédier aux effets passagers de causes accidentelles qui n'existaient même pas : c'était la constitution faible, catarrhale, tuberculeuse du jeune malade qu'il fallait combattre par un bon régime alimentaire, par quelques toniques, par des promenades en plein air, en plein midi, par des voyages qui auraient été autrement efficaces que des saignées, que la diète, que le repos du lit ou de l'appartement, qui n'ont fait qu'ajouter à la faiblesse originaire du sujet et hâter le développement de la tuberculisation pulmonaire à laquelle il a succombé à l'âge de vingt-deux ans.

Ces considérations étiologiques, que l'on devrait regarder comme la source essentielle des indications thérapeutiques, sont pourtant négligées de nos jours. Les praticiens les plus renommés sont encore localisateurs, quoiqu'ils se soient aperçus depuis quelque temps des suites trop souvent malheureuses du système de la localisation. La preuve en est dans l'exemple que je viens de citer, et qui peut servir à faire connaître combien peu on tient compte de la complexion de famille dans le traitement des maladies des enfants.

Art. III. — *De la grossesse et de l'accouchement dans leurs rapports de cause avec les maladies scrofuleuses qui peuvent naître à leur occasion.*

La grossesse et l'accouchement sont, en général, des fonctions simples et naturelles chez les femmes qui jouissent d'une bonne santé; mais ces deux fonctions sont presque toujours compliquées chez les femmes scrofuleuses et chez celles qui sont fécondées par des hommes scrofuleux, ou qui se trouvent dans quelque autre état de santé nuisible à la génération. (1re partie, chap. II. *De la santé originaire et acquise et des parents ascendants.*)

Les accidents qui compliquent la gestation et les couches des femmes scrofuleuses sont comparables à ceux dont nous avons parlé dans l'article que nous avons consacré à la variole, à la rougeole et à la coqueluche, considérées spécialement chez les enfants scrofuleux. Ils constituent, à proprement parler, des signes et non point des causes de scrofule, comme on va le voir par quelques développements dans lesquels nous allons entrer.

A. *De la grossesse relativement à la marche de la scrofule.*

L'invasion de la scrofule n'est pas rare pendant le cours d'une première grossesse. Au mois de mai 1837, nous avons consulté, à l'hôpital Saint-Louis, une femme, mère de cinq enfants, qui, lors de sa première grossesse, a été affectée pour la première fois d'ulcères tuberculeux au cou et sur la poitrine, et qui a éprouvé le même accident dans les grossesses suivantes.

Une autre femme, mère également de cinq enfants, dont trois étaient déjà morts de maladies scrofuleuses, en avait un quatrième, âgé de neuf ans, qui était tuberculeux et affecté d'une double ophthalmie. Il offrait, en outre, une pâleur de la face qui est particulière aux sujets vermineux. Le cinquième, âgé de douze ans, se portait bien. Cette femme, alors tuberculeuse, l'était depuis sa première grossesse; auparavant, elle n'avait éprouvé aucun autre signe de scrofule. Il faut dire cependant que depuis sa plus tendre enfance elle était habituellement sujette à de fortes migraines.

J'ai rencontré ces migraines sur un grand nombre de sujets scrofuleux, et plus particulièrement sur les femmes.

Il nous serait sans doute facile de multiplier ici les observations tendant à prouver un fait qui pour nous est incontestable, savoir, que la scrofule a, dans certains cas, manifesté pour la première fois ses effets sous l'influence de la gestation; mais nous avons hâte d'arriver à une autre partie de notre sujet qui offre un très-haut degré d'intérêt : nous voulons parler de la grossesse envisagée par rapport aux avortements spontanés qui sont des effets du vice scrofuleux.

B. *De l'avortement considéré comme un effet et non comme une cause du vice scrofuleux.*

Les causes de ces avortements spontanés résident : 1° dans la santé du père; 2° dans la santé de la mère; 3° dans celle des deux parents ascendants.

A. Le fœtus qui est scrofuleux par son père peut puiser dans le sein de sa mère, alors que celle-ci est bien constituée et suit un régime convenable, des matériaux de réparation qui le nourrissent et le fortifient de manière qu'il arrive plus ou moins sain jusqu'au terme naturel de la grossesse. Mais lorsque

la semence de l'homme est d'une espèce trop dégradée, trop dépourvue de qualités prolifiques, ses éléments ne peuvent s'associer d'une manière assez intime aux éléments fournis par la femme pour n'avoir qu'une existence commune et parcourir toutes les phases de la vie fœtale. Alors l'avortement survient, quelque bien constitués que puissent être les organes de la mère : ainsi des graines trop détériorées ne peuvent germer dans les meilleures terres.

J'ai connu un scrofuleux, affecté de bec-de-lièvre, qui était à peine pubère à l'âge de trente ans, et qui s'est marié quelques années plus tard. Sa femme n'a fait que des fausses couches, bien qu'elle parût jouir d'une bonne santé.

Je connais une famille qui est scrofuleuse par suite des habitudes incontinentes du père. La mère a eu cinq fausses couches de suite, toutes à quatre mois et demi, quoiqu'elle fût bien constituée.

Je citerai encore l'exemple d'une homme qui s'est marié ayant presque atteint l'âge de soixante ans, et dont la femme a fait six fausses couches sans porter aucun enfant à terme.

Ainsi voilà trois états de santé bien différents qui altèrent la faculté génératrice de l'homme au point qu'il ne peut plus avoir que des rejetons abortifs. Dans le premier, le père est scrofuleux ; dans le second, il est incontinent ; dans le troisième, il est beaucoup trop âgé.

B. Lorsque la mère est scrofuleuse, l'avortement peut ne pas survenir si elle a été fécondée par un homme sain et bien constitué ; mais si sa santé est profondément altérée, il est souvent impossible de l'empêcher, la mère et l'enfant concourant ensemble à le produire. Dans les cas de ce genre, comme dans ceux que nous avons résumés dans l'article précédent, le fœtus est à peine ébauché qu'il est scrofuleux ; il n'a point le degré de vitalité ni la force assimilatrice nécessaires à son accroissement, et il a déjà en lui-même des causes d'avortement qui sont encore alimentées par les matériaux de nutrition qu'il puise dans les organes utérins ; enfin, l'état de faiblesse de ces organes, qui ne leur permet point de supporter le labeur de la gestation jusqu'à son terme naturel, est encore une troisième cause qui, jointe aux deux premières, doit rendre l'avortement très-fréquent.

Toutes choses égales d'ailleurs, l'avortement arrive principalement par le fait de la dégradation des organes générateurs de l'homme. Il est plus rare qu'il reconnaisse pour cause une altération analogue chez la femme. Cette altération peut même exister et la femme être fécondée sainement par un homme sain, tandis que l'on n'observe point qu'une femme saine ait des enfants sains d'un homme qui ne l'est point.

C. Quand l'hérédité a sa source dans la santé des deux parents ascendants à la fois, l'avortement devient un effet presque inévitable ; la grossesse n'est plus qu'une cruelle déception. Les êtres nés de cette alliance meurent, le plus grand nombre, durant la vie fœtale, et ceux qui voient le jour n'ont qu'une existence éphémère et remplie d'infirmités.

J'ai été témoin, il y a quelques années, d'un avortement que je n'avais que trop bien prévu. En voyant le mari de la jeune dame à laquelle ce malheur venait d'arriver, et qui était de faible complexion, je reconnus que lui aussi avait eu une enfance maladive ; je reconnus même à son facies qu'il avait été affecté d'hydrocéphale. Cette union ne pouvait donc offrir aucune chance favorable à la génération ; on ne devait en attendre que des embryons abortifs. Effectivement, il y a eu depuis une nouvelle espérance de progéniture qui s'est encore évanouie, cette fois au quatrième mois de la gestation.

C'est parce que les avortements ont leur source dans la santé des parents ascendants qu'ils surviennent le plus ordinairement sans causes extérieures. Nous ne regardons pas, en effet, comme des causes d'avortement, comme des causes efficientes, les faits les plus simples, les plus ordinaires de la vie domestique auxquels on les attribue trop facilement. La nature, après avoir pris soin de la propagation de notre espèce par les besoins impératifs qu'elle nous a donnés, ne pouvait abandonner son ouvrage jusqu'au point de rendre nos rejetons périssables par les causes les plus légères.

Si un faux pas, une marche forcée, des travaux trop rudes, des fardeaux, des chagrins, un accès de colère, une frayeur, l'abus des plaisirs vénériens, que sais-je ? si l'action de lever les bras en haut, de pencher le corps trop en avant, ou trop en arrière, etc., étaient des causes d'avortement, presque toutes les femmes accoucheraient avant terme ; car elles sont généralement exposées à quelqu'une de ces causes. Il y aurait alors plus d'avortements que de grossesses amenées à bien.

Toutes ces causes accidentelles et un plus grand nombre encore, dont nous n'avons pas voulu faire ici l'énumération, ont si peu de valeur, qu'elles n'en ont, à vrai dire, aucune chez les femmes bien organisées. Il y a plus : les auteurs sont remplis d'observations qui prouvent que les remèdes abortifs, qui sont tous des remèdes très-violents, ne produisent pas ordinairement les effets qu'on en attend, et que même plusieurs de ces moyens ont déterminé la mort des femmes qui y avaient eu recours, par les accidents qui leur sont propres, sans occasionner l'avortement.

Les avortements de cause interne peuvent se répéter un grand nombre de fois. J'en ai compté trois sur une jeune dame rachitique qui a eu, plus tard, trois enfants dont deux sont morts en bas âge.

J'en ai compté jusqu'à sept sur une autre dame qui a eu deux enfants scrofuleux quelques années avant de succomber à la phthisie tuberculeuse pulmonaire.

Nous avons eu à l'hôpital Saint-Louis le nommé Duhamel qui portait une ophthalmie double et une tumeur des plus volumineuses dans l'abdomen. L'origine de ces deux maladies se perdait dans la première enfance de notre malade.

Sa mère avait eu cinq enfants scrofuleux, dont trois étaient déjà morts ; elle avait fait, en outre, cinq fausses couches, dont une double.

Les avortements spontanés sont fort nombreux ; mais pour les reconnaître il faut interroger les antécédents et les coïncidents, deux sources de diagnostic très-négligées de nos jours, comme on peut s'en

convaincre par la lecture d'un article sur l'avortement inséré par feu Désormeaux dans la première édition du *Dictionnaire de Médecine* en 21 volumes. Cet article contient de bonnes choses, notamment des observations sur les moyens abortifs. Désormeaux fait remarquer avec justesse que l'emploi des plus violents manque souvent son effet, et qu'ils n'occasionnent point toujours l'avortement, alors même qu'ils entraînent la mort de la femme. Mais nulle part Désormeaux ne fait mention de l'espèce d'avortement dont nous nous occupons, quoiqu'elle soit, de nos jours, la plus commune ; je dirai même plus commune à elle seule que toutes les autres ensemble. Une pareille lacune dans un travail fait avec autant de soin et par un médecin aussi éclairé que Désormeaux est un des exemples les plus frappants qu'on puisse citer pour faire connaître quel est, de nos jours, l'esprit de l'enseignement et à quel point on néglige les choses les plus essentielles à connaître.

Si Désormeaux eût été moins préoccupé des causes locales, il aurait mieux compris la portée de toutes ces tentatives criminelles d'avortement procurées par des remèdes abortifs qui ne tuent que rarement les enfants dans le sein de leur mère. Il aurait vu dans ces faits toute l'insuffisance des causes locales d'avortement qu'il a énumérées ; il y aurait vu surtout que dans les familles où les avortements sont fréquents, la cause en est dans la santé du père ou de la mère.

L'avortement spontané est l'espèce la plus commune et la plus intéressante à étudier. Un avortement de cause locale est un fait isolé et sans valeur dans l'avenir. Une femme avorte, soit parce qu'elle a trop couru à cheval, soit parce qu'elle a porté des fardeaux trop lourds, etc. Il suffira le plus souvent d'éviter ces causes à la prochaine grossesse pour que la femme puisse porter son enfant à terme : il n'en est plus de même dans les cas d'avortement spontané. Ici l'avenir est dans le présent. Cet avortement sera suivi de plusieurs autres, à moins qu'on ne comprenne bien la cause qui a produit le premier et qu'on n'y porte remède sous l'inspiration de saines doctrines.

Un avortement spontané bien compris peut éveiller l'attention sur le tempérament scrofuleux de la mère, sur celui du père, et l'on conçoit aisément les conséquences d'un pareil diagnostic pour l'avenir d'une famille.

La scrofule est donc la cause la plus ordinaire des avortements spontanés. En général, quand ces avortements proviennent de la santé de la mère, ils ont été précédés par des maladies scrofuleuses qu'ils aggravent le plus souvent. Quelquefois c'est par un premier avortement que la scrofule donne le premier signe de son existence. Après celui-là arrive une série de phénomènes scrofuleux (au nombre desquels sont plusieurs autres avortements) qui rendent les femmes valétudinaires pour toute leur vie : ce sont des déviations de la colonne vertébrale et du bassin à tous les degrés, des ophthalmies, des leucorrhées qui passent à l'état chronique, mais surtout des tubercules pulmonaires qui se montrent pour la première fois, et dont la marche est rapidement mortelle, à moins qu'il ne survienne une nouvelle grossesse qui enraie la marche de la tuberculisation. Tous ces phénomènes scrofuleux, qui succèdent à un ou plusieurs avortements, loin d'en être la suite, ont, au contraire, avec eux une cause commune. Cette manière d'analyser les symptômes des maladies demande du temps, et fait découvrir souvent des résultats beaucoup plus fâcheux qu'on ne s'y attendait. Mais ne vaut-il pas mieux comprendre une position, quelque difficile et même insoluble qu'elle puisse être, que d'agir d'après des notions superficielles de diagnostic qui laissent dans l'inconnu la véritable situation des malades ?

De l'accouchement dans ses rapports de cause avec la scrofule.

Nous avons à présenter quelques remarques sur les accouchements laborieux relatives à notre sujet. Il ne doit pas être question ici des accouchements laborieux qui arrivent par la mauvaise position que présente l'enfant au passage, ni de ceux qui peuvent être occasionnés par un état pléthorique ou par toute autre cause qui ne se rapporte point aux maladies scrofuleuses.

Nous voulons parler seulement des accouchements laborieux qui reconnaissent les mêmes causes que les avortements spontanés ; de ceux qui surviennent, ces avortements n'ayant pas eu lieu, quoiqu'il existât plusieurs causes capables de les produire, et qu'ils aient été sur le point d'arriver plusieurs fois pendant la gestation ;

De ceux qui dépendent de causes organiques vitales liées à la constitution du père et de la mère ;

De ceux qui, comme les mauvaises rougeoles, les mauvaises coqueluches, etc., dépendent d'antécédents scrofuleux ;

De ceux à la suite desquels on voit survenir les mêmes maladies scrofuleuses qu'après les avortements spontanés.

Quand ces accouchements laborieux ont leur origine dans la complexion scrofuleuse de la mère, le travail de l'enfantement se complique de la disposition du fœtus et de celle de la mère. Tout alors concourt à prolonger l'accouchement et à le rendre plus difficile. Le travail est devenu quelquefois menaçant pour la mère et pour l'enfant au point qu'il faut, de toute nécessité, que l'art achève une opération qui, dans l'ordre naturel, doit avoir lieu toute seule par les efforts simultanés de la mère et de l'enfant.

Cette cause prochaine des accouchements laborieux, qui tient à l'état de débilité de la fibre, n'est pas la seule que je desire signaler.

Il en est une autre, au moins aussi fréquente que la précédente, qui coïncide souvent avec elle : c'est l'hypertrophie des os spongieux du bassin, hypertrophie de même nature que celle des os courts et de l'extrémité des os longs et qui est très-commune chez les sujets scrofuleux. Cette hypertrophie est souvent la cause des lenteurs, des interruptions qu'éprouve le travail de l'enfantement. Son diagnostic est des plus importants ; car, une fois cette cause reconnue, il n'y a plus à hésiter : il faut délivrer la femme sans attendre aussi longtemps qu'on le fait quelquefois, espérant dans les forces de la nature, qui ne font, au

contraire, que s'épuiser contre l'obstacle mécanique qu'elles rencontrent. Dans un cas de ce genre, ce ne fut que le troisième jour du travail que l'on eut recours à l'habileté d'un accoucheur renommé pour terminer l'accouchement par le forceps. On ne s'était même pas aperçu de la cause mécanique dont je parle et sur laquelle je n'eus occasion de me prononcer que quelques mois plus tard.

Les maladies scrofuleuses ne se montrent pas seulement après des grossesses pénibles, des avortements répétés, des accouchements laborieux. Les mêmes effets succèdent, en certains cas, à des grossesses, à des accouchements dont la marche n'a point offert de complications. Le trouble passager que ces divers états de santé produisent dans l'économie sert d'occasion au développement des maladies scrofuleuses. Nous avons vu plus haut ces mêmes maladies se montrer également à la suite d'une fièvre exanthématique ou d'une coqueluche bénigne. Il est à peine nécessaire de le répéter en finissant : ces mutations survenues ont toujours leur principe dans une prédisposition, en l'absence de laquelle la grossesse et l'accouchement, loin d'altérer la santé, semblent la fortifier davantage. Il est même d'observation que les femmes les plus fécondes sont, en général, celles qui se portent le mieux.

La récidive de la scrofule peut arriver à l'occasion d'un premier accouchement qui n'a d'ailleurs offert aucune circonstance fâcheuse.

Nous allons en citer un exemple qui est encore fort curieux sous d'autres rapports.

Le 10 août 1829, entra dans notre hôpital la nommée Marie Duhamel, âgée de trente-neuf ans. Cette femme était restée seule de onze enfants, et avait été elle-même faible et chétive pendant son enfance. Dès l'âge de trois ans, elle avait eu des tubercules ulcérés au côté gauche du cou, derrière le grand angle de la mâchoire inférieure. A quatorze ans, ces ulcères tuberculeux se cicatrisent ; la santé se raffermit ; l'embonpoint se développe ; la malade devient même robuste. Apparition des règles à seize ans, et cet état louable dure pendant vingt ans.

A trente-sept ans, première grossesse qui fut des plus pénibles ; mais l'accouchement n'offrit d'ailleurs aucune circonstance fâcheuse ; la mère nourrit son enfant pendant onze mois.

A la suite de cette nourriture, Marie Duhamel fut très-fatiguée et ne se rétablit point. Bientôt parurent des tubercules cervicaux qui formèrent de grosses tumeurs tuberculeuses, et plus tard des ulcères tuberculeux larges et profonds, avec coïncidence de trajets fistuleux qui pénétraient profondément dans les parties molles. L'épuisement de la malade arriva par l'abondance de la suppuration, et sa mort fut hâtée par l'apparition d'un érysipèle phlegmoneux, auquel elle succomba le 22 février 1830.

A l'autopsie, le sujet était d'une taille assez élevée, remarquable par une émaciation extrême qui lui donnait les apparences de la caducité ; les membres étaient œdématiés, offrant encore les traces des vésicatoires que j'avais fait appliquer aux bras, aux cuisses et aux jambes. Le cou était labouré, surtout du côté droit, par de larges ulcérations, dont plusieurs communiquaient ensemble par des trajets fistuleux qui existaient sous la peau décollée ; plusieurs de ces trajets aboutissaient à des tubercules ulcérés.

Les viscères de l'abdomen étaient généralement décolorés par suite, sans doute, de l'état de dépérissement dans lequel la malade avait succombé. Le mésentère offrait des tubercules en grand nombre ; plusieurs étaient gros comme de petits œufs de poule et ramollis. La rate, peu consistante et de couleur lie de vin, était farcie de tubercules, les uns à l'état de simples granulations, les autres gros comme des pois ; quelques-uns offraient le volume d'une noisette.

La substance tubuleuse des reins était seulement injectée ; la vessie et les uretères étaient un peu rouges, circonstance pathologique que nous avons cru devoir rapporter à l'action des cantharides, et qui s'explique par la multitude des vésicatoires que nous avions fait appliquer pour combattre l'érysipèle phlegmoneux par lequel la mort est arrivée,

Les tubercules qui existaient dans les régions cervicales, dans les mésentères et dans la rate, étaient de même espèce et n'offraient entre eux aucune autre différence que celle du volume. Nous avons pensé que ces tubercules devaient ressembler à ceux qui avaient existé au côté gauche du cou pendant un an et qui avaient disparu à l'approche de la puberté, et qu'ils reconnaissaient tous la même origine. Pour dire toute notre pensée à cet égard, nous ajouterons que les tubercules qui surviennent chez un malade sont toujours d'une nature identique, quelle que soit l'époque de leur manifestation et l'organe dans lequel ils se sont développés.

Une particularité fort remarquable de cette observation, et que nous avons à faire connaître, c'est que cette femme, restée seule de onze enfants, tuberculeuse dès son bas âge, et qui est morte, à trente-neuf ans, dans le dernier degré d'épuisement par la suppuration tuberculeuse, n'avait cependant point de tubercules dans les poumons. Nous possédons un groupe d'observations particulières dans lesquelles la tuberculisation pulmonaire a manqué chez les sujets tuberculeux ; nous analyserons ces observations dans un autre travail.

Art. IV. — *De l'érysipèle dans ses rapports de cause avec les maladies scrofuleuses.*

La plupart des affections scrofuleuses peuvent se montrer, pour la première fois, à la suite d'un érysipèle. Cette dernière affection survient ensuite très-fréquemment pendant le cours de ces maladies ; le plus souvent, elle influence leur marche d'une manière favorable ; elle peut cependant être une cause de leur terminaison fatale. Nous citerons quelques faits particuliers, pour faire connaître l'érysipèle sous ces trois points de vue.

Louis Fleuriet, âgé de vingt-deux ans, portait des tubercules, depuis deux ans environ, de chaque côté du cou et dans la région axillaire gauche. A l'âge de dix-sept ans, il avait eu un premier érysipèle de la face ; il avait été suivi de plusieurs autres, et l'invasion de la maladie tuberculeuse avait eu lieu à la suite de l'un de ces érysipèles.

Nous avons vu souvent cet état inflammatoire de la peau précéder également le début de l'ophthalmie scrofuleuse, et celle-ci présenter de nombreuses

récidives qui étaient, le plus ordinairement, précédées d'un érysipèle de la face.

La scrofule qui affecte d'une manière plus particulière la peau et le tissu cellulaire sous-jacent se montre de même à la suite d'une fièvre érysipélateuse. Ce mode d'invasion est surtout très-commun pour le gonflement de la lèvre supérieure, si fréquent chez les sujets scrofuleux.

Cette espèce de scrofule peut atteindre plusieurs parties de la face, ou même la face en entier; elle en déforme les traits au point de lui donner une certaine ressemblance avec la figure d'un lion, d'où est venu le nom de *scrofule léonine* qu'on lui a donné. Son invasion est souvent précédée d'érysipèle de la face, et cet érysipèle est encore, plus tard, le phénomène précurseur des recrudescences qu'elle offre dans sa marche. J'ai fait de nombreuses observations de ce genre; je les ai faites plus particulièrement sur des adolescents des deux sexes et sur de jeunes femmes, chez lesquelles j'ai vu l'état érysipélateux de la face n'offrir que des intermittences ou même des rémissions de courte durée dans le cours de plusieurs années.

Ce que nous venons de dire de la scrofule celluleuse et cutanée de la lèvre supérieure et de la face est applicable à cette même espèce de scrofule, quelle que soit la région qu'elle affecte.

Voici un fait dans lequel l'hypertrophie indurée de la peau et du tissu cellulaire de la jambe gauche a succédé à un érysipèle. Le nommé Poirrier, âgé de seize ans, avait eu une nécrose du tibia de la jambe gauche; sa marche avait dû être très-rapide, car elle avait commencé et fini dans la même année. Lorsque les fistules furent fermées, quelque temps après la sortie de plusieurs esquilles, il survint un érysipèle phlegmoneux à la jambe et au pied; le gonflement fut très-considérable, et ne diminua guère après que l'érysipèle eut cédé, car il n'était qu'une forme sous laquelle débutait un cas de scrofule celluleuse et cutanée. Peu de temps après, on vit naître sur ce membre, qui avait acquis une forme éléphantine, une nouvelle maladie scrofuleuse sous la forme de pustules. Celles-ci formaient des segments de cercle et des cercles entiers, au milieu desquels la peau n'offrait d'autre altération que l'augmentation d'épaisseur et l'induration qu'elle avait acquise.

Dans les cas dont nous venons de donner une analyse très-succincte, l'hérédité domine comme la cause productrice de la scrofule. Poirrier était né d'une mère qui était morte tuberculeuse pulmonaires, et Fleuriet avait perdu son père de la même maladie; de sorte qu'il n'y a pas même à se demander si les maladies scrofuleuses qui se sont montrées à la suite de l'érysipèle ont pris naissance de cette maladie aiguë. Qui ne sait d'ailleurs que l'érysipèle est une des maladies les plus communes, et qu'il n'est point suivi de scrofule, une fois sur cent?

Pourquoi donc l'est-il dans quelques cas seulement? c'est parce que dans ces cas il atteint des sujets originairement scrofuleux chez lesquels la maladie à laquelle ils sont prédisposés se manifeste à son occasion.

Ce que nous venons de dire de l'érysipèle relativement aux tubercules, aux ophthalmies et à la scrofule celluleuse et cutanée, est applicable aux maladies scrofuleuses en général; elles peuvent toutes se montrer à l'occasion d'un érysipèle; peut-être même peut-on dire sous la forme érysipélateuse. Ce mode d'invasion de la scrofule est en effet si commun qu'on pourrait croire qu'il est lui-même une maladie scrofuleuse, comme l'est souvent la coqueluche, qui d'ailleurs a d'autres caractères qui lui sont propres et qui n'appartiennent aucunement à la scrofule.

Non-seulement l'érysipèle est souvent le signe précurseur, je dirai même un mode d'invasion de la scrofule, mais encore il survient fréquemment pendant le cours des maladies scrofuleuses; cette phlegmasie de la peau règne souvent dans mes salles, et cela, probablement, par quelque affinité particulière qu'elle a avec les maladies scrofuleuses, car on l'y remarque alors qu'elle ne se voit point dans les autres salles de l'hôpital Saint-Louis; et loin que son apparition coïncide avec le développement de nouvelles lésions, elle exerce généralement une influence favorable sur la marche de la scrofule. La fièvre érysipélateuse améliore souvent l'état des scrofuleux; elle anime des engorgements restés stationnaires, faute d'une excitation suffisante; elle les fait passer de l'état chronique à l'état aigu, et tout le monde sait que l'état aigu est le plus favorable à la terminaison des engorgements, soit qu'il amène leur résolution, soit qu'il provoque leur fonte suppuratoire.

Joseph Leberre, âgé de quinze ans, avait des tubercules dans les régions cervicales; ils étaient plus nombreux du côté gauche que du côté droit. Il avait aussi des productions de même nature dans l'aisselle gauche; elles gênaient beaucoup les mouvements du bras, et l'empêchaient de travailler de son état de menuisier.

Dans le cours du troisième mois de son traitement ioduré, Leberre a eu un érysipèle phlycténoïde de la face qui s'est promené successivement sur le bras droit et puis sur le bras gauche. A la suite de cet érysipèle, les tubercules du cou, mais plus encore ceux de l'aisselle, ont diminué de volume, et le malade a pu agir librement de son bras. A la suite de cet érysipèle, un abcès aigu s'est développé dans le creux poplité du côté gauche; cet abcès a été évidemment critique de la fièvre érysipélateuse: je veux dire que sans cet abcès l'érysipèle aurait probablement continué sa marche sur les autres régions de la peau, et jusqu'à ce qu'il eût parcouru toute la périphérie du corps, comme nous en avons eu beaucoup d'exemples. Il est possible également que cet abcès ait concouru à la résolution que les tubercules du cou et ceux de l'aisselle ont éprouvée dans le même temps.

L'exemple suivant prouve encore davantage que le précédent l'influence favorable que la fièvre érysipélateuse peut avoir sur la marche des tubercules. Désiré Cogés, âgé de dix-huit ans, avait eu une fièvre cérébrale dans le cours de sa dixième année; il portait antérieurement des tubercules disséminés dans les régions cervicales. A quinze ans, de nouveaux tubercules se développèrent du côté droit du cou. Trois ans plus tard, ce jeune homme est entré à l'hôpital Saint-Louis, ayant de nombreux tubercules de chaque côté du cou, surtout du côté droit. Ce malade était en traitement depuis six semaines, quand il fut pris d'un érysipèle de la face et du cuir

chevelu qui dura plus de deux mois, et à la suite duquel le volume des tubercules avait diminué de moitié.

Dans les deux exemples que nous venons de rapporter, l'influence de l'érysipèle n'a produit qu'une amélioration notable dans l'état de la maladie. Dans les deux qui vont suivre, cette amélioration est encore plus sensible ; peut-être même l'érysipèle a-t-il déterminé la résolution complète des maladies antérieures.

Gilbert Bricault, âgé de vingt-six ans, entra à l'hôpital Saint-Louis le 21 mai 1832.

Ce jeune homme nous dit qu'il avait été faible et chétif dans son enfance. A l'âge de neuf ans, il avait eu une fièvre intermittente tierce qui, au bout de huit mois, devint quarte, nouveau type sous lequel elle dura encore pendant dix mois. Une affection vermineuse concomitante survint ; le malade rendait des vers ascarides lombricoïdes par la bouche et par le fondement, mais surtout par la bouche ; les plus longs avaient de trente à quarante centimètres. Cette affection vermineuse disparut par l'usage du jus de cresson, et la fièvre quarte résista à tous les traitements qu'on mit en usage contre elle, pour disparaître enfin à la suite d'un excès de table.

A quinze ans, le malade prit l'état de menuisier, et après deux ans d'apprentissage il fit son tour de France, jouissant d'une fort bonne santé dont il abusait avec les femmes.

A vingt-cinq ans, parut une première tumeur au-dessus de la partie moyenne de la clavicule. Quatre mois après, il en parut une seconde qui acquit bientôt le volume d'une noix. Plus tard, il en survint une quatrième devant le lobule de l'oreille droite ; puis enfin une cinquième au-devant de l'éminence tragus de l'oreille gauche.

Ces tumeurs s'ouvrirent spontanément et restèrent fistuleuses. La santé générale se détériora ; l'appétit et les forces diminuèrent ; il survint de la toux, des sueurs nocturnes, et le malade maigrit.

Tel était son état, lorsque Bricault se présenta à l'hôpital Saint-Louis, où il fut soumis au traitement ioduré. Un mois après que ce traitement eut été commencé, il parut un érysipèle de la face, à la suite duquel il se forma dans le creux de l'aisselle droite un abcès énorme qui s'ouvrit spontanément ; il survint en même temps une otite purulente et un grand nombre de tumeurs tuberculeuses autour du cou et au-devant de l'extrémité sternale des clavicules ; quelques-unes de ces tumeurs s'ouvrirent d'elles-mêmes, d'autres furent ouvertes avec l'instrument tranchant, d'autres enfin prirent la voie de la résolution, ou peut-être se vidèrent-elles dans celles qui s'étaient ouvertes d'une manière spontanée.

Cette explosion de collections purulentes me parut favorable ; car outre qu'elle n'était accompagnée d'aucune coïncidence fâcheuse, la maladie entra tout d'abord en voie de guérison.

Cet érysipèle dura deux mois, pendant lesquels je m'appliquai à tenir le ventre libre par l'usage de l'eau de Sedlitz et du calomel administrés alternativement. Ces moyens furent continués pendant toute une semaine, après que la fièvre érysipélateuse eut entièrement disparu.

Le traitement ioduré fut repris le 1er septembre et fut continué jusqu'au 25 octobre suivant, que le malade sortit guéri de notre hôpital. Je l'ai revu quelques années après : il continuait à se bien porter, et il était établi de son état de menuisier.

Le nommé Renault, âgé de seize ans, était affecté depuis trois ans d'une ophthalmie double, avec coryza pustuleux et formation de croûtes sur la pituitaire ; il avait, en outre, depuis un an, une tumeur tuberculeuse, du volume d'un œuf de poule, à la partie latérale droite et moyenne du cou. Après deux semaines de séjour dans notre hôpital, il fut pris d'un érysipèle de la face et du cuir chevelu. Le volume de la tumeur tuberculeuse du cou diminua d'abord de moitié. Quinze jours plus tard, au déclin de l'érysipèle, elle se gonfla de nouveau et devint plus volumineuse qu'elle n'était avant la fièvre érysipélateuse ; elle acquit bientôt tous les caractères d'un abcès aigu critique, dans lequel la fluctuation ne tarda pas à se faire sentir. Cette tumeur ayant été ponctionnée, il en sortit un pus blanc, jaunâtre, mais floconneux, et non crémeux comme celui d'un phlegmon ordinaire. Cet abcès resta fistuleux pendant une quinzaine de jours, au bout desquels la tumeur tuberculeuse du cou, l'ophthalmie et le coryza avaient disparu.

Après avoir purgé le malade trois fois à un jour d'intervalle, je lui fis administrer l'eau minérale iodurée pendant six semaines, au bout desquelles Renault sortit guéri de l'hôpital Saint-Louis. C'était au mois de mai 1833 ; nous ne l'avons pas revu depuis cette époque.

Dans ces deux derniers exemples, les symptômes de la scrofule ont disparu, et l'état général a été assez heureusement amendé pour que les deux malades aient été regardés comme guéris. Leur guérison paraissait d'autant plus admissible, que la fin de la maladie avait été marquée, dans les deux cas, par des suppurations très-abondantes, qui sont toujours des phénomènes critiques de bon augure quand elles coïncident avec le retour des forces et le rétablissement des malades. Il en est de même des sueurs et des hémorrhagies pour quelques-unes de ces maladies, et de la diarrhée dans les maladies chroniques en général.

L'érysipèle se termine rarement par la mort des scrofuleux ; cette terminaison fatale a eu lieu néanmoins dans quelques cas, par suite de complications incidentes. Dans l'exemple suivant, la mort est survenue par une pleuro-pneumonie et par la phlogose érysipelateuse du canal intestinal.

Lucien Giraud, âgé de dix-huit ans, entra à l'hôpital Saint-Louis le 17 juin 1830. Ce jeune homme était né d'un père de faible complexion, qui était mort à quarante ans, après quelque mois de maladie, sans qu'on ait pu nous en dire davantage. Le père de celui-ci (l'aïeul de notre malade) était, comme son fils, habituellement mal portant. Du côté maternel, ce jeune homme avait pu puiser de bons éléments d'organisation, car sa mère n'avait jamais été malade. Mais, ainsi que nous l'avons fait observer plusieurs fois, le bon état de santé de la mère ne peut compenser le tempérament faible du père, tandis que cette compensation peut se faire quand c'est du côté paternel que sont la santé et la force.

Giraud avait perdu quatre frères ou sœurs qui

étaient nés avant lui ; il était le cinquième né, et le premier enfant que ses parents eussent conservé. Il avait une sœur, âgée de dix ans, qui portait des tubercules cervicaux qu'on avait regardés comme *des glandes de croissance*.

Quant à notre malade, il avait d'abord été très-tourmenté par des engelures, dont les ulcérations étaient difficiles à guérir. A six ans, il avait eu une première ophthalmie de plusieurs mois de durée, et qui avait ensuite reparu plusieurs fois. A huit ans, il eut des abcès froids à la face postérieure de l'avant-bras droit ; ils restèrent fistuleux jusqu'à l'âge de douze ans ; alors ils parurent se fermer, laissant cependant suinter un peu de pus de temps à autre, surtout dans la saison du printemps. A douze ans, les régions sous-maxillaires et parotidiennes sont comblées de tubercules, qui abcèdent successivement et laissent après eux des ulcères et des fistules de fort longue durée. A dix-sept ans, paraît un abcès à la base du sternum ; il s'ouvre spontanément et laisse après lui un ulcère de l'étendue et de la forme d'une pièce de cinq francs. A son entrée dans nos salles, Giraud avait des tubercules de chaque côté du cou, les uns ulcérés depuis plus ou moins longtemps, d'autres qui étaient encore à l'état de crudité. Les régions malades offraient, en outre, des cicatrices qui avaient détruit, sur plusieurs points, les bulbes de la barbe.

Le 18 juin, ce malade fut mis au traitement ioduré, et dès le second mois de ce traitement, il parut entrer franchement en voie de guérison.

Au commencement de la seconde quinzaine du mois d'octobre, l'ulcération de la poitrine ayant beaucoup diminué d'étendue et de profondeur, les tubercules cervicaux étant en voie de résolution et de cicatrisation, le malade fut pris tout à coup de frisson sans aucune cause apparente, et les jours suivants parut un érysipèle à la face, qui acquit bientôt assez d'intensité pour nous inspirer des craintes. Traité par les évacuants, le malade alla mieux du côté du cerveau ; mais bientôt l'aspect gélatiniforme des crachats, leur abondance, leur expuition difficile, l'anxiété de la respiration, l'état du pouls, portèrent notre attention sur les organes respiratoires. Nous ne tardâmes pas à reconnaître une pleuro-pneumonie évidente, surtout du côté gauche. L'émétique, à la dose de 8 grains par jour, fut administré. Les cuisses, le cou et la poitrine furent successivement recouverts d'emplâtres vésicatoires. Cependant la suppuration des ulcères du cou et de la poitrine, qui s'était tarie dès l'origine et avait annoncé la gravité du pronostic, ne reparut pas ; la poitrine continua à s'embarrasser de plus en plus, et Giraud succomba, le 31 octobre 1840, après une longue et douloureuse agonie, en proie depuis la veille aux angoisses de la suffocation.

L'autopsie cadavérique fut pratiquée trente heures après la mort. Le cadavre était d'une taille élevée, portant les traces de six larges vésicatoires. Embonpoint assez marqué ; les muscles rouges et bien développés.

Le cerveau semblait présenter un peu d'injection ; il était d'ailleurs très-sain, ainsi que ses dépendances.

Le cou n'offrait plus les tubercules que l'on remarquait à sa base avant l'invasion de l'érysipèle. Nous trouvâmes seulement deux ou trois petits foyers de matière tuberculeuse ramollie le long des muscles sterno-mastoïdiens.

La plèvre gauche, fortement enflammée, contenait un litre et demi d'un liquide roussâtre, mélangé de flocons albumineux. La partie de cette membrane séreuse qui revêt la base de la cavité thoracique était très-épaissie par la formation d'une fausse membrane, et présentait une poche ovalaire qui nous parut d'abord un abcès pleurétique ; mais à cause de sa forme assez caractéristique, nous nous décidâmes ensuite à la regarder comme un kyste tuberculeux ramolli sous l'influence de l'inflammation pneumo-pleurale.

La base des deux poumons était le siége d'une inflammation au premier degré ; du reste, il n'y avait aucun tubercule pulmonaire (1).

Le cœur avait son volume ordinaire ; mais le tissu de cet organe était d'une flaccidité remarquable.

Dans l'abdomen, il y avait un épanchement notable de liquide séreux ; la membrane muqueuse offrait des symptômes non équivoques d'une inflammation forte, surtout dans le duodénum et le jéjunum, inflammation que j'ai regardée comme érysipélateuse et de même nature que celle qui avait existé sur les téguments extérieurs pendant la vie.

La rate offrait à son sommet un large kyste rempli de matière tuberculeuse ramollie, laquelle refoulait la substance splénique sans la pénétrer.

Nous trouvâmes encore plusieurs petits foyers tuberculeux le long des muscles psoas, de même sous les reins, qui étaient fortement injectés : tous ces tubercules abdominaux étaient ramollis. Nous avons pensé qu'avant l'érysipèle, ils devaient être durs comme ceux du cou, mais que la fièvre érysipélateuse avait produit, d'une part, la résolution brusque et métastatique de ces derniers, et que, de l'autre, elle avait imprimé un mouvement intestinal de ramollissement à ceux de l'abdomen. La même influence fébrile qui a fait disparaître les premiers a seulement ramolli les seconds.

Ce fait est encore fort remarquable par l'absence de tubercules pulmonaires chez un sujet scrofuleux âgé de dix-huit ans, chez lequel le début de la tuberculisation a eu lieu à douze ans, et chez lequel s'étaient manifestés d'autres signes de scrofule dès les premières années de la vie. Mais l'analyse de cette observation, envisagée sous ce point de vue, appartient à un autre travail. Voici un second exemple dans lequel la mort est arrivée beaucoup plus promptement que dans le premier.

Antoine-Frédéric Ferlin, âgé de vingt-huit ans, entra à l'hôpital Saint-Louis le 11 mai 1832. Cet homme était affecté d'une tumeur blanche du coude

---

(1) On me reprochera peut-être de ne pas avoir fait saigner ce malade : je répondrai d'abord que sa vie médicale ne le permettait pas. Je me suis en outre abstenu des émissions sanguines, parce que j'ai adopté l'émétique à haute dose dans le traitement de la pneumonie et de la pleurésie chez les sujets scrofuleux. Je me suis presque constamment bien trouvé de son emploi ; ce que peut attester la jeunesse studieuse qui, depuis vingt ans, suit ma pratique à l'hôpital Saint-Louis.

droit, percée de plusieurs orifices fistuleux dont trois formaient des ulcères de l'étendue d'une pièce de deux francs. La peau et le tissu cellulaire sous-jacent de tout le membre étaient hypertrophiés et indurés ; ce malade portait aussi de gros tubercules et des tumeurs tuberculeuses dans les régions cervicales, dans les aisselles et les aines. Le commencement de cette tuberculisation remontait à plus de quinze ans ; la tumeur blanche du coude était d'une date beaucoup plus récente : ce n'était même que depuis deux ans qu'il était survenu des abcès autour de l'articulation huméro-cubitale. Un grand nombre de tubercules avaient été travaillés par la suppuration. Il y en avait même plusieurs qui étaient ulcérés, quand je vis Ferlin pour la première fois ; j'en ouvris un qui était situé à la face interne et inférieure du coude, il en sortit un demi-verre de pus très-clair. On injecta de l'eau iodurée dans le kyste, et l'on commença le traitement ordinaire par l'usage intérieur et externe des préparations iodurées.

Ce traitement était continué avec succès depuis cinq semaines, lorsque notre malade fut pris tout à coup, le 15 juin, sans cause appréciable, d'un érysipèle qui envahit la main, l'avant-bras et le bras droit, jusqu'à l'aisselle inclusivement. Il se manifesta d'abord des symptômes caractéristiques de l'état saburral des premières voies, et la fièvre fut très-violente. L'état fébrile était même trop intense pour qu'il pût être permis de faire vomir le malade ; je donnai donc seulement du petit-lait stibié qui procura d'abondantes évacuations alvines. Néanmoins, le délire survint, avec altération profonde des traits de la face. Cet état alarmant fit des progrès le jour suivant, et la mort arriva le troisième jour, malgré l'emploi des moyens les plus énergiques. C'était le 17 juin 1832 : j'étais alors convalescent d'une atteinte de choléra asiatique que j'avais éprouvée à la fin de l'épidémie ; c'est pourquoi l'autopsie cadavérique fut pratiquée par mon interne, le docteur Lembert jeune, qui, dans cette occasion, prodigua les soins les plus dévoués aux malades de mes salles.

Au moment de l'ouverture du corps, on remarqua que toute trace d'érysipèle avait disparu. Le bras atteint de tumeur blanche était dans le même état qu'avant l'invasion de l'érysipèle ; la peau ne paraissait pas altérée ; le tissu cellulaire sous-cutané de ce membre était le siége d'une infiltration séreuse générale qui avait existé avant l'érysipèle, et qu'on n'avait réussi qu'imparfaitement à combattre au moyen d'une compression méthodique.

L'articulation du coude était très-volumineuse et criblée de fistules qui aboutissaient par des trajets plus ou moins sinueux à des surfaces osseuses cariées. Le tissu cellulaire et les ligaments qui entouraient l'articulation se confondaient sous forme d'une masse homogène, dure, dense et comme lardacée, qui criait sous le scalpel.

L'humérus était soudé avec le cubitus, à angle obtus ; l'extrémité supérieure du radius et la partie correspondante de l'humérus étaient usées et cariées ; les cartilages avaient disparu.

Les deux côtés du cou étaient le siége de tubercules gros comme des noisettes, enveloppés de kystes fibro-muqueux. Les régions inguinales, poplitées et axillaires, étaient le siége de tumeurs semblables : seulement elles y avaient acquis un développement bien plus grand.

Le canal intestinal ne présentait rien à noter ; mais le mésentère était envahi par des tumeurs très-volumineuses, formées par des tubercules agrégés et néanmoins parfaitement distincts, dont le volume variait depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'un œuf de pigeon ; ces tumeurs ne comprimaient aucun des organes environnants.

Les poumons étaient l'un et l'autre crépitants et libres d'adhérences, si ce n'est à leur sommet, où existaient quelques tubercules miliaires.

La fièvre érysipélateuse ne paraissait pas avoir exercé d'influence d'aucune espèce sur les tubercules sous-cutanés ; ils avaient le même volume et la même consistance que du vivant du malade. Ceux du mésentère étaient très-consistants, et aucun d'eux n'était ramolli ; ils avaient probablement le même degré de consistance qu'avant l'érysipèle, et n'avaient non plus éprouvé aucun changement de volume.

En résumé, l'érysipèle a de nombreuses affinités avec la scrofule ; souvent il précède et accompagne son invasion ; il survient fréquemment pendant son cours, et il a généralement une influence favorable sur sa marche. Dans ces diverses circonstances, l'érysipèle offre une durée beaucoup plus longue que lorsqu'il paraît sous toute autre influence ; cette durée n'est pas moindre de six semaines, elle est quelquefois de deux ou trois mois, et elle peut se prolonger pendant un temps beaucoup plus long.

Dans le cours d'une fièvre érysipélateuse, les malades scrofuleux, en général, ont plusieurs érysipèles : la face, le cuir chevelu, le tronc, etc., sont successivement affectés ; il passe d'une région de la peau à une autre ; ce passage n'est pas toujours immédiat : il y a, au contraire, dans quelques cas, une intermission que l'on prend pour la terminaison de la maladie ; mais cette terminaison n'arrive le plus ordinairement qu'après que l'érysipèle a parcouru la plupart des régions du corps.

La solution de la fièvre érysipélateuse n'arrive et ne devient complète que lorsque se manifestent des évacuations abondantes, des collections purulentes tuberculeuses ou celluleuses, des diarrhées qui durent plusieurs jours et souvent trois ou quatre semaines, des sueurs excessives et, dans quelques cas fort rares, des hémorrhagies nasales chez les jeunes gens.

L'apparition de l'érysipèle est pour moi une occasion de recourir aux évacuants. Je commence quelquefois par l'émétique à dose vomitive, et je fais suivre l'administration de ce médicament en lavage ; mais le plus souvent je débute par ce dernier mode d'administration, que je continue généralement pendant sept à huit jours. Je le remplace par l'eau de Sedlitz seule, ou étendue de moitié de bouillon aux herbes, par des doses légères de calomel administrées trois ou quatre fois par jour, concurremment avec une boisson des plus simples : de l'hydromel, de l'oxymel, de l'eau d'orge édulcorée avec du sirop tartarique, ou simplement du bouillon aux herbes.

Nous venons de dire que les malades restent souvent dans un état fébrile qui dure plusieurs mois, pendant lesquels il survient plusieurs érysipèles ;

nous appliquons le même traitement à chacun de ces érysipèles : la persistance de la maladie ne change point sa nature, l'indication reste la même ; c'est pour cela que nous persistons dans notre méthode de traitement et que nous répétons l'usage des laxatifs. Nous délayons les évacuants selon le degré d'intensité de la fièvre : quand l'état fébrile est aigu et que la soif est vive, nous donnons l'eau de Sedlitz étendue de deux parties de bouillon aux herbes ; nous augmentons ensuite la qualité purgative à mesure que la fièvre diminue, que la chaleur de la peau est moins forte et que la soif est moins intense.

Nous nous sommes en général fort bien trouvé de cette méthode de traitement de l'érysipèle ; elle prévient les congestions sur le cerveau et sur les viscères contenus dans la poitrine et dans l'abdomen. Pour agir dans ce sens avec plus de certitude, on doit tenir les pieds chauds avec des cataplasmes de farine de graine de lin, faiblement saupoudrés de farine de moutarde, qu'on applique à la plante des pieds.

On obtient cet effet dérivatif d'une manière plus efficace encore, à l'aide de ventouses promenées sur la face interne des membres inférieurs, et, dans quelques cas, au moyen des vésicatoires volants. Je pense que c'est à cette méthode de traitement, dont les purgatifs sont la base et les dérivatifs cutanés un accessoire, qu'il faut attribuer la marche généralement favorable que les maladies scrofuleuses ont prise, dans mes salles, sous l'influence de la fièvre érysipélateuse. Pour profiter complétement de cette influence, j'ai le soin de ne point reprendre trop hâtivement le traitement ioduré que j'ai interrompu dès le début de l'érysipèle, l'état fébrile étant exclusif de ce traitement.

Art. V. — *De l'influence de la syphilis sur la marche de la scrofule.* — L'infection syphilitique est une des complications les plus fâcheuses que puissent éprouver les sujets scrofuleux. La syphilis présente chez eux une opiniâtreté qui ne lui est pas ordinaire, et les maladies scrofuleuses en éprouvent un accroissement d'intensité qui les rend beaucoup plus graves et plus dangereuses.

L'infection syphilitique doit être envisagée sous trois points de vue différents, suivant qu'elle affecte : 1° des sujets qui sont simplement prédisposés aux maladies scrofuleuses ; 2° qu'elle se manifeste sur des sujets chez lesquels ces maladies sont déjà confirmées ; 3° ou qu'elle détermine la récidive de ces maladies.

1° Nous avons observé plusieurs cas dans lesquels la prédisposition à la scrofule, quoique manifeste antérieurement à l'infection syphilitique, n'a cependant revêtu la forme particulière d'une maladie scrofuleuse qu'à la suite de cette infection.

Un jeune homme, âgé de dix-huit ans, entra à l'hôpital Saint-Louis le 24 août 1832. Il était de taille moyenne ; il avait les cheveux blonds, les chairs molles, la peau fine, des pustules d'acné sur la figure et sur le front, et le système musculaire était chez lui fort peu développé. Ce jeune homme avait, comme on voit, plusieurs caractères du tempérament lymphatique des auteurs. Les signes qu'il en offrait étaient d'autant plus caractéristiques, qu'il était né d'une mère qui avait succombé à la tuberculisation du poumon, et que son père était mort imbécile, à cinquante-sept ans, notre malade étant alors dans sa onzième année.

Quoique d'un tempérament faible, ce jeune homme n'avait cependant pas encore souffert d'aucune maladie scrofuleuse ; mais à quatorze ans et demi, il contracta une première gonorrhée qui tomba dans les bourses ; trois mois après, le genou se gonfla, et il survint une espèce de gonagre.

A l'âge de seize ans, seconde gonorrhée qui coule très-abondamment ; le malade se met en route pour Bordeaux. L'écoulement s'arrête par la fatigue de la marche, et il survient un rhumatisme général.

A dix-huit ans, troisième gonorrhée, qui réveille de la douleur, du gonflement dans les poignets, dans les genoux, dans les pieds, mais plus particulièrement dans l'articulation coxo-fémorale droite. La douleur rapportée dans cette dernière articulation se partageait entre la hanche et le genou, où le malade la ressentait alternativement ; le membre pelvien de ce côté était devenu plus long que celui du côté opposé ; le pli de la fesse et le grand trochanter étaient situés plus bas que du côté gauche ; la marche était difficile et douloureuse ; le malade toussait ; il manquait d'appétit et de sommeil. Sa troisième gonorrhée existait encore. Il y avait luxation spontanée, imminente du fémur droit. Quoique le sujet fût originairement scrofuleux, nous avons pensé que les antécédents syphilitiques avaient eu une part évidente dans le développement de cette coxalgie. Le traitement ioduré a amendé plusieurs fois la maladie, mais pas assez profondément pour que nous ayons regardé le malade comme en voie de guérison lorsqu'il est sorti de l'hôpital Saint-Louis, après un séjour de quatre mois.

Voici le cas d'un malade qui a éprouvé des signes encore plus formels et plus caractéristiques de scrofule, deux ans après une première infection syphilitique.

Un jeune homme, âgé de vingt-quatre ans, entra à l'hôpital Saint-Louis le 23 septembre 1831, portant un vaste ulcère tuberculeux à l'union du cou avec la poitrine.

Ce malade était de petite taille et de faible complexion ; il avait perdu sa mère de consomption tuberculeuse des poumons, à l'âge de vingt-six ans, et son père était présumé syphilitique. Il avait eu des gourmes sur le visage et des tubercules dans les régions cervicales jusqu'à l'âge de douze ans.

A treize ans, il avait éprouvé une pleuro-pneumonie, avec crachement de sang, et depuis cette maladie de poitrine, il était sujet à tousser, plus particulièrement en hiver.

A dix-huit ans, était survenue une sorte de diathèse furonculaire ; peu de temps après, ce malade avait contracté une gonorrhée et des chancres à la verge.

Deux ans plus tard, une petite tumeur se développa au-devant de l'attache sternale du sterno-mastoïdien ; elle acquit le volume du poing et devint fluctuante ; le pus se fit jour au-dehors par une petite ouverture ; celle-ci s'ulcéra avec une telle rapidité, qu'elle présenta, en quarante-huit heures, la largeur d'une pièce de cinq francs ; elle avait beaucoup de ressemblance avec une ulcération syphilitique.

C'était néanmoins un ulcère tuberculeux, ou plutôt un gros tubercule ulcéré qui s'était montré chez un sujet tuberculeux de naissance, deux ans après une infection syphilitique, et à la production duquel cette infection nous paraît avoir puissamment aidé.

Soumis au traitement ioduré, ce malade a guéri dans l'espace de quatre mois et demi.

1° Dans d'autres cas, beaucoup plus nombreux, nous avons vu des maladies scrofuleuses préexistantes, qui étaient restées stationnaires depuis plusieurs années, se développer avec plus de force et de rapidité, et offrir plus de danger par suite d'une complication syphilitique.

Un jeune homme de vingt-quatre ans entra à l'hôpital Saint-Louis, le 31 mars 1829, portant une tumeur tuberculeuse trilobée, du plus gros volume, qui remplissait le côté droit du cou. Cette tumeur avait commencé, à l'âge de dix-neuf ans, par un premier tubercule du volume d'une noisette, qui n'avait pris aucun développement pendant deux ans. Au bout de ce terme, la tuberculisation avait marché avec rapidité à la suite d'une maladie vénérienne, et la tumeur avait acquis le volume que nous avons indiqué ci-dessus.

Les tubercules que la syphilis avait mis ainsi en mouvement étaient bien d'origine héréditaire; car la mère de notre malade était morte tuberculeuse-pulmonaire, et il avait déjà perdu trois frères et trois sœurs de maladies scrofuleuses.

Ce malade, après avoir vu son état amendé très-heureusement par le traitement ioduré, est sorti de l'hôpital Saint-Louis; mais il y est rentré, dans le mois d'avril 1835, dans un état de tuberculisation très-avancé, auquel il n'a pas tardé à succomber. Nous aurons occasion de le citer de nouveau, lorsque nous traiterons, dans un autre ouvrage, de la marche des tubercules et de leur présence dans le système osseux.

3° Nous avons observé quelques cas de récidive de la scrofule à la suite de la syphilis.

Le nommé Doussin, âgé de quarante et un ans, entra à l'hôpital Saint-Louis le 12 mars 1832.

La première enfance de cet homme avait été très-maladive; il avait eu des éruptions impétigineuses, plusieurs ophthalmies, et des tubercules cervicaux ulcérés qui avaient laissé des cicatrices indélébiles au cou. A l'âge de dix ans, sa santé s'était notablement raffermie.

A dix-huit ans, Doussin avait commencé à connaître les femmes et s'était livré avec excès à ses appétits vénériens.

A vingt-trois ans, il avait eu une blennorrhagie qui avait été supprimée par des remèdes secrets, et à la suppression de laquelle avait succédé un bubon dans l'aine gauche, et, trois mois plus tard, un second bubon au-dessous du premier.

A trente-huit ans, récidive de la scrofule, invasion de tubercules de chaque côté du cou, hypertrophie du corps thyroïde, qui acquiert le volume d'un œuf de poule; tubercule au-dessus de l'os hyoïde, roulant sous la peau, gros comme une noisette; tubercule, de la grosseur d'une noix, sur la joue droite au-devant de l'oreille; tubercules ulcérés dans la région sous-maxillaire du même côté. Il y avait, en outre, sur la voûte palatine et le voile du palais, une ulcération de deux centimètres de longueur, ayant un centimètre de largeur et trois millimètres de profondeur, des bords taillés à pic et un fond grisâtre; la luette et les amygdales étaient tuméfiées.

Il y a dans ce fait deux sortes d'antécédents: 1° les maladies de l'enfance, ayant laissé après elles l'impression du cachet scrofuleux; 2° les maladies syphilitiques, formant un second ordre de précédents. Lorsque cet homme est entré dans mes salles, il offrait des symptômes de ces deux maladies, savoir: les tubercules qui faisaient suite aux maladies de l'enfance, et les ulcères du voile du palais qui étaient consécutifs à l'infection syphilitique contractée dix ans auparavant. Les diathèses scrofuleuse et vénérienne existaient ensemble; celle-ci nous a paru avoir ranimé celle-là, qu'on aurait pu croire éteinte depuis l'âge de dix ans qu'elle n'avait plus donné aucun signe de sa présence.

J'ai guéri en 1831, à l'hôpital Saint-Louis, un jeune homme, âgé de vingt ans, de tumeurs tuberculeuses du cou. Sa guérison s'était soutenue depuis cinq ans, lorsque, en 1837, il contracta une gonorrhée. Cet écoulement uretral dura pendant plus d'un an.

Dès les premiers mois de cette infection, il survint des générations de nouveaux tubercules, et bientôt il se forma une grosse tumeur tuberculeuse de chaque côté du cou. Ces tumeurs abcédèrent plusieurs fois, c'est-à-dire que les tubercules dont elles étaient formées entrèrent en suppuration l'un après l'autre; il en sortit chaque fois une grande quantité de pus, et ensuite la suppuration fut très-abondante.

Je remis ce jeune homme au traitement ioduré. Je lui donnai des soins pendant un an et demi, et pendant ce laps de temps, il a fait deux traitements iodurés, de cinq mois chacun, à la suite desquels la plupart des ulcères tuberculeux du cou étaient cicatrisés; mais il en restait plusieurs qui ne l'étaient pas entièrement, et au-dessous desquels on sentait encore des tubercules. La gonorrhée avait reparu pendant le traitement, et elle durait encore à l'état chronique quand je cessai de voir le malade.

L'époque assez éloignée à laquelle cette récidive est survenue; sa manifestation pendant le cours d'une gonorrhée, me paraissent des circonstances particulières propres à la faire considérer comme une suite de l'infection syphilitique.

L'infection syphilitique des sujets scrofuleux est donc une des complications les plus graves qui puissent survenir. Ces deux maladies réunies semblent recevoir mutuellement une nouvelle force de cette association; elles forment ensemble un état mixte qui jette dans l'économie des racines encore plus profondes que celles de chacune des maladies dont il est composé.

Cet état présente d'ailleurs un aspect qui révèle aussitôt sa double origine. Pour le praticien exercé, ce n'est ni la scrofule ni la syphilis, mais bien ces deux maladies compliquées réciproquement l'une par l'autre.

L'indication à remplir ressort évidemment des deux éléments de maladie qu'on a sous les yeux; nous avons recours dans ces circonstances aux préparations iodurées, quel que soit l'élément qui domine. Ce traitement spécial n'offre pas, il est vrai,